



EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání



Název projektu	Rozvoj vzdělávání na Slezské univerzitě v Opavě
Registrační číslo projektu	CZ.02.2.69/0.0./0.0/16_015/0002400

Sociologie stáří a sociální gerontologie

Distanční studijní text

Jitka Skopalová

Opava 2019



**SLEZSKÁ
UNIVERZITA**
FAKULTA VEŘEJNÝCH
POLITIK V OPAVĚ

Obor: Vzdělávání a výchova

Klíčová slova: Autonomie, gerontologie, kvalita života, rodina, senior, sociologie, stárnutí, stáří, vztahy

Anotace: Cílem studijní opory je zprostředkování vědomostí z oblasti gerontologie, resp. sociální gerontologie, jako vědy multiparadigmatické, která tematizuje sociální dopady stárnutí a stáří, zaměřuje se na sociální faktory, které proces stárnutí ovlivňují. Studenti získají informace o sociálních faktorech stárnutí populace. Účelem disciplíny je pochopení složitosti poslední vývojové etapy života.

Autor: **Doc. PhDr. Jitka Skopalová. Ph.D.**

Obsah

ÚVODEM.....	4
RYCHLÝ NÁHLED STUDIJNÍ OPORY.....	5
1 NADPIS PRVNÍ KAPITOLY	6
1.1 Cíle kapitoly – aktivní slovesa	Chyba! Záložka není definována.
1.2 Požadavky na studijní text.....	Chyba! Záložka není definována.
1.2.1 Struktura kapitoly.....	Chyba! Záložka není definována.
1.2.2 Povinné části kapitoly	Chyba! Záložka není definována.
1.2.3 Doporučené prvky textu.....	Chyba! Záložka není definována.
1.2.4 Doporučení k psaní textu	Chyba! Záložka není definována.
1.3 Použití distančních prvků	Chyba! Záložka není definována.
1.4 Strukturovaný text	Chyba! Záložka není definována.
1.4.1 Křížové odkazy	Chyba! Záložka není definována.
1.4.2 Marginálie	Chyba! Záložka není definována.
1.5 Vzorce	Chyba! Záložka není definována.
1.6 Obrázky	Chyba! Záložka není definována.
1.7 Tabulky.....	Chyba! Záložka není definována.
1.8 Zásobník distančních prvků	Chyba! Záložka není definována.
1.8.1 Nadpis třetí úrovně.....	Chyba! Záložka není definována.
2.....	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.
LITERATURA	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.
SHRNUTÍ STUDIJNÍ OPORY	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.
PŘEHLED DOSTUPNÝCH IKON.....	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.

ÚVODEM

Vážené studentky, vážení studenti!

Co je to stárnutí a stáří? Jací jsou vlastně senioři? Kam nás stáří vede? Kam nás směřuje? K čemu nám ještě stačí síly?

To jsou některé z otázek, na které se snaží text v předložené studijní opoře uspokojivě odpovědět. Stárnutí je přirozený, zákonitý jev, typický pro všechny živé organismy. Většina definic stárnutí akcentuje involuční procesy ve stáří. Josef Langmeier a Dana Krejčířová (2006) vymezují stárnutí jako souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince a které kulminují ve stáří a následně ve smrti. Je to nevyhnutelný proces, který je nedílnou součástí životního cyklu člověka. Se stárnutím se setkáváme nejen v oblasti medicínského, sociálního, ale i demografického, politického a důchodového. Situace starých lidí ve společnosti není jednoduchá, počet starých lidí roste a jejich pozice se oslabuje. Již v roce 1965 Friedrich Thieding napsal, že ve společnosti převládá primitivní názor, že staří lidé jsou zbyteční. A v roce 1972 Simone de Beauvoir uvedla: „*Je všeobecně známo, že dnešní stav starých lidí je skandální.*“ Představa o tom, co to stáří je a jaké je, bývá však mnohdy odrazem zakořeněných myšlenkových stereotypů o starých lidech. Tyto stereotypy jsou rozšířené nejen u neseniorské populace, ale jsou mnohdy přijímány také některými seniory.

Existuje řada povolání, jejichž hlavní náplní je pomáhat lidem. Každá z tzv. pomáhajících profesí má sumu vědomostí a dovedností, které je třeba si pro výkon daného povolání osvojit. A právě studijním studijních programů, které vzdělávají odborníky nejen v pomáhajících profesích, je určena tato studijní opora. Předložený text je proto koncipován jako teoretický základ mj. i pro formování hodnotového systému ve vztahu k seniorům, dotýká se etických principů v jednání a chování všech zúčastněných. Upozorňuji Vás na to, že se zmíněnými otázkami v následujícím textu problematika vztahu k stárnoucím lidem zdaleka nevyčerpává.

Otázky, úkoly a cvičení by Vás měly vést k úvahám nad zmíněnými fakty (s využitím Vašich profesních a životních zkušeností) a budou diskutovány při našem osobním setkání. Z uvedených korespondenčních úkolů si vyberete čtyři a písemně zpracujete (minimálně 4 normostrany, s využitím minimálně 3 odborných zdrojů) do termínu, který bude uveden na společné konzultaci.

Doufám, že se po prostudování textu budete lépe orientovat v problematice sociální gerontologie. Snažím se Vás přimět k zamyšlení nad složitostí různých situací ve vztahu nejen se seniory, ale i s jejich blízkými.

S chutí do toho ☺ Jitka Skopalová

RYCHLÝ NÁHLED STUDIJNÍ OPORY

Předložený text vychází z myšlenky, že porozumět problémům současné společnosti, v tomto případě problematice stáří a stárnutí, můžeme jen tehdy, když získáme alespoň některé ze základních informací z předmětné oblasti. Cílem textu bylo vytvořit aktuální studijní materiál zaměřený na nejen přípravu budoucích sociálních pracovníků a odborníků v dalších pomáhajících profesích pro práci se seniory, ale zejména materiál pro edukátory seniorů. Znalost problematiky a potřeb starých lidí a budování odborných kompetencí, včetně objasnění terminologie, která se vztahuje ke studované problematice. Cílem gerontologie je předcházet patologickému stárnutí, nesoběstačnosti, usilování o zdravé stárnutí, aktivní život, soběstačnost ve stáří a zlepšení kvality života seniorů.

Studijní opora je rozdělena do 13 kapitol, ve kterých jsou zpracovány základní informace o problematice současné seniorské populace, které by měl znát každý absolvent studijních programů nejen pomáhajících profesí. Každou kapitolu zakončují závěrečným shrnutím, které slouží pro přípravu nejen ke zkoušce, ale především k vypracování korepondenčních úkolů. Jednotlivá, níže uvedená, témata budou na přednáškách probírána detailně s důrazem na aktuality, příklady z praxe a zkušenosti posluchačů.

Úvodní kapitola operacionalizuje základní pojmy, následují informace o demografických, ekonomických, zdravotních a sociálních aspektech stáří a stárnutí. Následuje část, která se zabývá velmi rozšířenými mýty o stáří. Posluchači se dále seznámí s vymezením gerontologie a gerontosociologie a s jejím vztahem dalším vědám. Vzhledem ke skutečnosti, že stárnutí je multifaktoriálním jevem, budou jistě pro studující přínosné i teorie o stáří a stárnutí. Zásadní je sociální integrace a autonomie seniorů. Uvedené skutečnosti je rovněž v textu věnována pozornost. Dále jsou zařazena témata o soběstačnosti a závislosti ve stáří, o rizikových situacích a rizikových osobách v populaci seniorů. Za velmi zásadní považují i oblast etických aspektů v péči o staré občany. S uvedeným souvisí dilema rodinné a/nebo institucionální péče. Cílem textu jsou i informace o přípravě na stáří a stárnutí, o formách a alternativách aktivního stáří a o důležitosti sociálních vazeb ve stáří a mezigeneračních vztahů. Pro posluchače kurzu Sociologie stáří a stárnutí je důležitá orientace v oblasti ageismu a týrání seniorů. Součástí této studijní opory jsou i kapitoly z thanatologie, z problematiky smrti a umírání.

Zájemci o další hlubší teoretické poznatky mohou nalézt odpovědi nejen v odborných zdrojích v hypertextových odkazech, ale především v odborné literatuře, na kterou ve studijní opoře odkazují.

1 DEFINICE STÁŘÍ A STÁRNUTÍ, KALENDÁŘNÍ A FUNKČNÍ VĚK. INDIVIDUÁLNÍ STÁRNUTÍ.



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

„Stárnutí je proces všeobecný (stárne celá populace) a zároveň individuální (stárne konkrétní jedinec.“ (Zavázalová a kol., 2001, s. 11). Lidský věk je rovněž dělen také na první věk (dětství), druhý věk (dospělost), třetí věk (osoby starší 65 let žijící aktivně, nezávisle) a čtvrtý věk (období, kdy je člověk nesoběstačný a v zajišťování svých potřeb odkázán na druhé osoby.

Seniorská populace je výrazně heterogenní, takže neexistuje žádný „typický senior“. Každý člověk stárne jinak a v průběhu života vznikají velké individuální rozdíly. Staří lidé se liší věkem, zdravotním stavem, funkčním stavem, životním stylem, rodinným zázemím, ekonomickými podmínkami, lokalitou i bytovými podmínkami, sociální sítí, vzděláním, životními a pracovními zkušenostmi, zájmy, hodnotovým systémem, osobnostními rysy i prioritami. Níže uvedený text rozšiřuje úvodní fakta.



CÍLE KAPITOLY

Po prostudování této kapitoly byste měli být schopni:

- definovat pojmy stáří, stárnutí, senior,
- pochopit intervenující faktory, které ovlivňují proces stárnutí,
- vysvětlit kalendářní a funkční věk,
- popsat, jaké strategie volí jedinci při adaptaci na vlastní stárnutí,
- uvědomit si základní teze úspěšného stárnutí a stáří.



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Důchodce, geront, senior, starý člověk, senior, stárnutí, stáří

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU



Potřebný čas na osvojení si poznatků první kapitoly odhadujeme na 30 minut.

VÝKLADOVÁ ČÁST

Pro označení osob v pozdních fázích ontogeneze nacházíme v odborné literatuře různé označení.

Gerontologie operuje nejčastěji s pojmem **geront**, psychologická literatura s termínem **senescent**, jinde se hovoří o **starých lidech**, nebo **starobních důchodcích**.

H. Haškovcová (2010, s. 21) doporučuje prosté označení starší občané.

V lékařství je označován za starého jedince, dožívající se věku nad 75 let a v odborné literatuře je nazýván gerontem (Pacovský 1990, s. 16).

Stále častěji je ovšem používán pojem **senior**, avšak bez jakékoliv bližší definice, nebo se prosazuje označení populace 50+, 65+ apod. Pojem senior není v naší legislativě, ani v odborné literatuře jednoznačně vymezen. Senior je označení emočně neutrální a lze jím označit člověka v průběhu celého senia, nemá vliv na míru soběstačnosti (Příbyl, 2015).

Slovník cizích slov popisuje pod pojmem senior: „*příslušníka starší věkové kategorie*“ (Linhart 2015, in Špatenková a Smékalová, 2015).

Pojem **důchodce** se vztahuje k ekonomické aktivitě jedince. Člověk se stává tzv. starobním důchodcem v okamžiku, kdy opouští svoje zaměstnání, ukončuje trvalý pracovní poměr z důvodu splnění věkových podmínek vstupu do důchodu. Odchod do důchodu (penzionování) je tedy jakýmsi sociálním vstupem do fáze stáří (tzv. sociální stáří). Odchod do důchodu je určen dosažením jisté, v dané společnosti platné věkové hranice. Na „důchod“ je možné nahlížet jako na životní událost, časové období a sociální instituci.

Starý člověk je pojem, který označuje člověka ve stáří. V souvislosti s negativní image stáří je to však pojmenování poněkud problematické. Stáří není totiž respektovaným zdrojem důstojnosti člověka.

Stáří je poslední vývojovou etapou člověka, která uzavírá lidský život. Je to obecné označení pozdních fází ontogeneze, přirozeného běhu života. Jde o projev a důsledek involučních změn funkčních i morfologických (Kalvach, 1997, s. 18).

Vidovičová a Rabušic (2003, s. 11) tvrdí, že „*vnímání období, kdy se lidé stávají starými, je u každého jiné a závisí na každém jednotlivci: mladší generace určuje hranici stáří níže než lidé starší.*“ Při jejich výzkumu bylo zjištěno, že starý je ten, kdo neodpovídá fyzickému zdravotnímu stavu, následoval věk, duševních schopností a ztráta samostatnosti.

V. Pacovský (1990) charakterizuje stáří jako posloupnost nezvratných změn, ke kterým dochází v živém organismu a které postupně omezují a oslabují jeho funkce.

Definice stáří a stárnutí, kalendářní a funkční věk. Individuální stárnutí.

Clément Pichaud a Isabelle Thareau (1998) popisují stárnutí jako působení času na lidskou bytost. Tato definice připouští destruktivní i konstruktivní důsledky procesu stárnutí.

Stárnutí ovlivňuje celá řada intervenujících faktorů, zejména:

- genetické a dědičné dispozice,
- prodělané nemoci,
- životní způsob a životospráva,
- životní náplň (vzdělání, zkušenosti, šíře zájmů apod.),
- adaptabilita jedince a jeho frustrační tolerance;
- adaptace na životní změny a ztráty (penzionování, bio-psycho-sociální změny, umírání vrstevníků, anticipace vlastní smrti apod.),
- strategie vyrovnávání se se stárnutím a stářím

Kalendářní a funkční věk

Pacovský (1990, s. 15) tvrdí, že: „*Věk je důležitou charakteristikou člověka. Kalendářní, chronologický, matriční věk je dán datem narození.*“

F. Tvaroh už v roce 1971 (s. 42) kategorizoval stáří následovně:

- Od 50 do 60 let mluvíme o období přípravy na stárnutí.
- Od 60 do 73 let o raném stáří.
- Od 75 asi do 85 až 90 o ustáleném stáří.
- Od 90 let je období kmetské čili období gerontů.



DEFINICE

Starým člověkem – seniorem je chápána osoba, která dosáhla věkové hranice 65 let a více. Tato hranice je stanovena Světovou zdravotnickou organizací (WHO) (http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/en/index.html).



K ZAPAMATOVÁNÍ

WHO doporučila dohodu o tzv. věkové kategorizaci opírající se o patnáctileté periody lidského života:

- **45 – 59 let = střední věk,**
- **60 – 74 let = vyšší neboli starší věk,**
- **75 – 89 let = pravé stáří, sérum,**
- **90 a více let = dlouhověkost.**

B. L. Neugartenová (in Kalvach a kol. 2004, s. 47) navrhla zavedení pojmů „**mladí senioři**“ a „**staří senioři**“. Stáří je totiž velmi heterogenní kategorie, v různých fázích tohoto životního období řeší senioři jiné problémy, mají jiné priority a dominují jiná témata a úkoly. Z jejího pojetí je pak odvozeno i současné orientační členění stáří a dominující témata v příslušné fázi:

- **65-74 let: mladí senioři** (young old) – témata penzionování, volného času, aktivit, seberealizace;
- **75-84 let: staří senioři** (old old) – témata adaptace, tolerance zátěže, specifického stonání, osamělosti;
- **85 a více let: velmi staří senioři** (very old old) – témata problematiky soběstačnosti a zabezpečení.

Kalvach a Onderková (2006, s. 7) uvádí, že v ekonomicky vyspělých společnostech se za **začátek stáří považuje věk 65 let**.

Mühlpachr (2009, s. 19-21) se přiklání k charakterizování stáří v těchto oblastech: **biologické, sociální, kalendářní (chronologické)**.

KONTROLNÍ OTÁZKA



Jak byste vysvětlili rozdíl mezi biologickým a sociálním stářím?

Biologické stáří vysvětluje jako nástup involučních změn v organismu.

Sociální stáří vymezuje objevujícími se sociálními změnami. Jako hlavní poukazuje na odchod do důchodu. Tím dochází, ke změně rolí z pracujícího člověka na penzionovaného. To má za následek změnu životního stylu a ekonomické jistoty. Samotné sociální stáří dělí do 3 až 4 časových období. Jednotlivá období života nazývá odborně věkem. Samotný život dělí do „čtyř věků“. *První věk* – období dětství, které je charakteristické evolučními změnami a získáváním nových informací. *Druhý věk* – období dospělosti, zařazení do pracovního procesu, zakládání rodiny. *Třetí věk* – snížení aktivity, psychické i fyzické. *Čtvrtý věk* – možnost pomoci od druhých osob, snaha o zachování co nejdelší soběstačnosti.

Kalendářní (chronologické) stáří – charakteristické určitým věkem, podrobnější členění uvádí takto: **65–74 let mladí senioři** - adaptace na volný čas, volnočasové aktivity; **75–84 let staří senioři** – zdravotní problémy; **85 let – velmi staří senioři** - závislost na péči okolí.

Dlouhověkost – lidé dožívající se 85 let a více, někdy je uváděna věková hranice 90 let.

Z uvedeného vyplývá, že věková hranice stáří, není přesně stanovena určitým datem. Záleží na pohledu jednotlivých odborníků a jejich teorií.

Definice stáří a stárnutí, kalendářní a funkční věk. Individuální stárnutí.

Pro administrativní potřebu státu je stanovena doba odchodu do starobního důchodu, která se v současnosti prodlužuje.

Typické je další dělení lidského věku podle různých hledisek. V současnosti se hovoří o kalendářním věku, biologickém věku a o věku funkčním.

Kalendářní věk je jednoznačně vymežitelný. Nevypovídá však nic o involučních změnách, zdatnosti, funkčních či pracovních schopnostech a změnách sociálních rolí v životě člověka. Je to administrativní nástroj, nutný pro různá srovnání a využívaný především v demografii a ve statistice. Za hranici kalendářního stáří bývá v současnosti obvykle považován 65. rok.

Biologický věk vypovídá o celkovém stavu organismu. Biologické stáří vyjadřuje hypoteticky konkrétní míru involučních změn (atrofie, změny adaptačních a regulačních mechanismů). U starého člověka se na biologických změnách spolupodílejí ve větší míře i nemoci. Osoby stejného kalendářního věku se významně liší mírou involučních změn a přítomností závažných chorob. Funkční stav je důležitější než biologický věk („co senior zvládne“). Jedná se o soubor funkčního potenciálu daného jedince, je ovlivňován řadou především vnějších faktorů (na rozdíl od kalendářního věku).



K ZAPAMATOVÁNÍ

Funkční stav jedince a jeho kalendářní věk se tedy nemusejí shodovat. Ke stanovení funkčního stavu seniorů existuje velké množství hodnoticích testů.

Sociální věk je charakterizován rolí, kterou člověk zastává ve společnosti. V současné době dochází k významnému posunu sociální periodizace. Za počátek sociálního stáří je zpravidla považován vznik nároku na starobní důchod.

Podle ekonomického hlediska se dělí lidský věk na:

- preproduktivní,
- produktivní a
- postproduktivní.

Charakteristikou seniorské populace je výrazná heterogenita. Neexistují tzv. „typičtí“ senioři. Je nezbytná individualizace přístupu k těmto lidem Čeledová a kol., (2016).

Z hlediska funkční a zdravotní zdatnosti existují senioři (Čeledová, 2016):

- Elitní - mimořádná výkonnost, zvládání až nadprůměrných výkonů.
- Zdatní (fit)- zachována fyzická zdatnost až do pozdního věku, zvládání i náročných životních podmínek.

- Nezávislí - zvládají denní činnosti v bezbariérových podmínkách, v zátěžových podmínkách a stresových situacích, však ztrácejí soběstačnost a potřebují pomoc.
- Křehcí – nízký zdravotní potenciál, nízká odolnost, zdatnost i adaptabilita, špatně zvládají i běžné zátěže, dochází u nich ke zdravotníma funkčním dekompenzacím, potřebují pomoc, kontrolu, zdravotnické intervence.
- Závislí – z důvodu vážného postižení mobility, orientace, stability nebo kognitivních schopností potřebují kvůli ztrátě soběstačnosti dlouhodobou a trvalou podporu.
- Zcela závislí – člověk trvale upoutaný na lůžko nebo s pokročilou poruchou kognitivních schopností, vyžadující trvalou péči druhé osoby.
- Umírající – pro tyto osoby je nutno zajistit kvalitní paliativní a hospicovou péči (viz 13. kap).

Je důležité zmínit se také o změnách, které probíhají v sociální oblasti.

Domnívám se, že tyto poznatky budou mít také výrazný vliv na proces přijetí vlastního stárnutí. A určení jednotlivé kategorie smíření se stářím u člověka.

Křivohlavý (2011) popsal tyto **změny odehrávající se u seniorů** v období jejich stárnutí:

- **Změna identity**

Identitou rozumíme to, kým jsme, za koho nás lidé považují a za koho se považují já sám. To se s odchodem do důchodu dosti mění. Před odchodem do důchodu člověk má určitou pracovní pozici, funkci. Lidé ho měli za někoho, kdo má určitou prestiž a společenský status. Bohužel toto postavení člověk poté ztrácí a získává označení pouze důchodce, což představuje pro někoho představu valašských filcových bot důchodců, stojících někde v koutě. Pro někoho to může znamenat konec naděje „být někým“.

- **Změna společenství lidí, s nimiž přicházíme do styku**

V práci jsme zařazeni do pracovního kolektivu, řada z nich se stane našimi přáteli. Odchodem do důchodu se stává, že se tyto vztahy rozvolňují s některými lidmi i zcela ztrácejí. Příchodem do důchodu jsme překvapení, že tam kde žijeme, žijí i další lidé s kterými jsme se dříve jen letmo potkávali. Podobné zjišťujeme i v oblasti kulturní a volnočasové. Zjišťujeme, že i tito lidé mají své klady a zabývají se podobnými otázkami jako my. Vznikají nová přátelství. Oproti těm pracovním mají výhodu v tom, že s nimi nemluvíme jen o pracovní problematice, ale i o věcech, které nás zajímají a jsou pro nás nové.

- **Změna zaměření našich zájmů**

Snaha v pracovní oblasti o dobrou případně co nejvyšší úspěšnost v práci s sebou přinášela řadu negativních jevů. Mohla vést ke stresu, zda se člověk na daném pracovním místě udrží či ne. Odchodem do důchodu se vše mění, zprvu je hodně času na vše. Až si člověk neví

radu, co vlastně bude dělat. Tato situace vede k vymizení časové stresu, který jsme mohli pociťovat v minulosti. Dochází ke zvolnění životního tempa, důsledkem toho je, že si může člověk užívat důchodového věku a relativně svobodně žít.

- **Změna postoje k tomu, co bylo, co je a co bude**

V době zaměstnání se neustále sledují termíny, do kdy má být dokončeno to či ono či odevdáno. Museli jsme plánovat, naši nadřízení přesně sledovali naši práci a její postup. Na každý úsek v práci byl dán přibližný časový plán, dbalo se jeho dodržování. V důchodu se tyto věci zpravidla mění, člověk začne žít více v přítomnosti. Mnozí si teprve v tomto období začali všimnout, jaký je např. za jejich bývalým zaměstnáním krásný park, jak chutná káva, jinak než ve spěchu a při plném pracovním nasazením a podobně. Na budoucnost také myšlenky přicházejí, platí to, že senioři sami jsou do určité míry režiséry své vlastní budoucnosti.

- **Změna v oblasti toho, co od života chci**

V mládí a během života má člověk různé plány, ty se postupně mění, před vstupem do důchodu si často starší člověk přeje hlavně se důchodu „dožít“. Odchodem do důchodu se však situace mění, často si může jedinec klást otázku, co vlastně od života chci? Dochází k tzv. bilancování svého života. Zohledňuje při této bilanci, co se mu důležitého v životě podařilo nebo, co od života očekával. Také si při může klást otázky, zda mu ještě chybí něco v životě, co by chtěl dodělat, aby to bylo úplné (Křivohlavý, 2011).

V období odchodu do starobního důchodu se mění sociální role seniora, často končí role pracujícího člověka, který svou činností vytvářel určité hodnoty. Člověk získává novou roli důchodce, který se může cítit zbytečný tím, že nijak nepřispívá našemu společenství. Může docházet ke snížení autority i společenská prestiže jednotlivce Mlýnková (2011).

Jakým směrem se bude proces stárnutí ubírat, popisují tři základní vzorce: degenerace (odpovídá aspektu stárnutí související se zhoršováním zdravotního stavu), udržování (zachování současného stavu člověka) a třetí vzorec je růst a vývoj (představuje zlepšení stavu jedince). Kontinuální procesy opotřebení staršího člověka jsou nevyhnutelnou součástí života, opravné a regenerační mechanismy mohou tyto dopady zmírnit. Rovnováha mezi opotřebením a opravnými procesy je důležitá pro směr, jakým se bude stárnutí ubírat (Gruss, 2009).

Podstatné nebezpečí pro zdravé a úspěšné stárnutí a aktivní stáří je negativní stereotypizace, která vytváří normu a podobu pro neúspěšné negativní stárnutí. Můžeme se s tímto setkat např. v médiích, ale i běžně v populaci. Zvláště nebezpečně vytváří povědomí

o životě ve stáří, potřebách a schopnostech seniorů. Také tyto informace deformují realitu a bývají i cíleně zneužívány. Druhým problémem bývá naopak absence vůle ke smyslu a odpovědnosti člověka za sebe samotného. Neochota o něco usilovat, spoléhání starších lidí, že se o ně „někdo postará“ (Čeledová a kol., 2016).

SHRNUTÍ KAPITOLY



Pojem **senior** je považován jako za emocionálně neutrální, označující člověka v celém věkovém období sénia.

Kalendářní věk: střední věk je ohraničen obdobím 45 – 59 let; rané, časně stáří 60–74 let; pravé stáří – sénium 75-89 let; kmetstvím je nazvaná doba 90 a více.

Věk 65–74 let, (mnohdy i rozmezí 65–79 let) je označován za počínající stáří a hranice vlastního stáří pak nastupuje od 75–80 let. Za dlouhověkost se považuje věk 90 a více let, i zde se však může uvádět hranice až 100 let. K tomuto posunutí dochází díky lepšímu zdravotnímu a funkčnímu stavu seniorů.

Stárnutí je součtem změn, kterým podléhá organismus v průběhu času. Tyto změny však nenastupují synchronně, stárnutí je individuální a asynchronní a jednotlivé systémy a funkce organismu stárnou nerovnoměrně (Mühlpachr, 2004, s. 23). Jde o proces, který má určitou časovou dynamiku, je geneticky naprogramován a podléhá také vlivům prostředí.

V naší společnosti bohužel panuje obecně tradovaný názor, že stáří je vlastně na nic. Důsledkem takových postojů je odklon od všeho a všech, kteří nějakým způsobem stáří připomínají nebo jsou staří. Současný ideál mládí a s ním spojený rychlý životní styl „bezstarostného“ a kreativního mládí, kterého je třeba využít, než se přihlásí ten „hrozný“ vyšší věk nepomáhá zlepšit situaci seniorů. V atmosféře, která popírá přirozený proces stárnutí, se seniorům nežije dobře (Haškovcová, 2010).



Závěr

Pro označení osob v pozdních fázích ontogeneze nacházíme v odborné literatuře různé označení. **Stáří** je souhrn zejména bio-fyziologických pochodů, které probíhají v čase. Za **počátek stáří** je dnes považován věk **65+**, o **vlastním stáří** se pak hovoří od věku **75+**.

Stáří je možné klasifikovat z různých hledisek a různí autoři předkládají rozdílné členění.

Definice stáří a stárnutí, kalendářní a funkční věk. Individuální stárnutí.

„Stáří je úsek ontogeneze. Nelze je chápat jinak než jako součást osobnostního vývoje a životního příběhu.“ (Čevela a kol., 2012, s. 130).



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ

- Definice stáří existuje velmi mnoho. J. Viewegh (1974) uvádí, že nepřesnosti v jednotlivých definicích stáří jsou způsobeny zejména interindividuální variabilitou projevů procesu stáří, rozdíly projevů procesu stáří u téhož jedince (např. nesouladem mezi psychickými a fyzickými projevy), sociokulturními aspekty hodnocení stáří (např. odlišnými kritérii evaluace stáří z historického, sociálního, kulturního či geografického hlediska) a prodlužujícím se věkem.

Jak rozumíte výše uvedenému tvrzení J. Viewegha? Uveďte příklady.

- Setkali jste se s dalšími označeními (resp. s eufemismy) pro starší osoby?
-



KORESPONDENČNÍ ÚKOL

V odborných zdrojích vyhledejte a popište, jak na stáří pohlíží vývojová psychologie (např. Vágnerová, 2007, s. 299, 398) a jak se subjektivně cítí sami senioři (výzkum *Senioři ve společnosti. Strategie zachování osobní autonomie* (Sýkorová, 2007). Uvedené doplňte o Vaše názory a zkušenosti.

Zpracovaný úkol zašlete pedagogovi předmětu přes systém LMS do konce prvního týdne daného semestru. Maximální rozsah úkolu – 2 normostrany (dle ČSN ISO 690).

KONTROLNÍ OTÁZKY



- Vyjmenujte faktory, které významně ovlivňují proces stárnutí.
- Charakterizujte fyziologické a patologické stárnutí.
- Jaké je současné členění lidského věku ve stáří?
- Shrňte charakteristiky typické pro určitá věková životní období ve stáří.
- Charakterizujte proces stárnutí podle jeho průběhu.
- Jaké jsou skupiny seniorů podle funkční zdatnosti a potřeby podpory a péče?

2 POPULAČNÍ STÁRNUTÍ – DEMOGRAFICKÉ ASPEKTY STÁRNUTÍ A STÁŘÍ. EKONOMICKÉ, ZDRAVOTNÍ, SOCIÁLNÍ A RODINNÉ SOUVISLOSTI.

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Následující kapitola je zaměřena na demografické a další aspekty stárnutí. Pacovský již v roce 1990 (s. 21) napsal, že demografie nám přináší potřebné informace z oblasti gerontologie (počet stárnoucích a starých lidí, posuny ve věkových strukturách obyvatelstva, růst kvalifikace a vzdělanosti společnosti – zvyšující se vzdělanost žen). Za významné demografické procesy jsou považovány: porodnost, úmrtnost a v současnosti i migrace obyvatelstva.



CÍLE KAPITOLY

Po prostudování této kapitoly byste měli být schopni:

- reflektovat stárnutí populace z demografického hlediska,
- interpretovat demografické změny (včetně prognóz) v ČR,
- objasnit, jak se populační změny promítají do sociálních struktur,
- uvést důsledky demografického stárnutí pro jedince, rodinu a společnost,
- uvědomit si význam rodiny pro všechny její členy, ale především pro seniory.



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Demografie, demografické stárnutí, populační změny, průměrný věk dožití, věková skladba obyvatelstva.



ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

Potřebný čas na osvojení si poznatků první kapitoly odhadujeme na 45 minut.

VÝKLADOVÁ ČÁST

DEFINICE



Demografie je nauka o obyvatelstvu, která zkoumá jeho složení a pohyb. Složení obyvatelstva je výsledkem jeho pohybu, dlouhodobých reprodukčních procesů a společenských podmínek.

Porodnost (natalita) - udává podíl narozených z určité skupiny za určité časové období. **Úmrtnost (mortalita)** udává podíl zemřelých z určité skupiny za určité časové období. Proces vymírání popisují tzv. úmrtnostní tabulky.

Demografické stárnutí je relativní stárnutí, tj. zvyšování (procentního) podílu seniorů v populaci. Demografické stárnutí je vnímáno jako negativní jev, který s sebou nese i celou řadou negativních společenských fenoménů jako jsou demografická panika, ageismus a sociální exkluze seniorů.

Absolutní stárnutí je zvyšování počtu seniorů v populaci. Střední délka života (Life Expectancy) – očekávaná doba dožití, naděje dožití. Udává předpokládaný průměrný počet let, kterých se pravděpodobně jedinec dožije, pokud se nezmění úmrtnostní poměry. Nejčastěji se určuje střední délka života při narození. Vzhledem k tomu, že je odlišná úmrtnost mužů a žen, střední délka života se konstruuje zvlášť pro obě pohlaví.

Střední délka života (naděje dožití) je ovlivněna mnoha faktory individuálními a společenskými. Především v ekonomicky vyspělých zemích dochází k výraznému prodlužování střední délky života obyvatelstva. Významné individuální faktory ovlivňující naději dožití jsou genetická výbava a životní styl. K zásadním společenským faktorům patří socio-ekonomický rozvoj, zlepšení hygienických podmínek, zdravotní a sociální péče. Střední délka života je významným nástrojem mezinárodního srovnání životní úrovně.

Střední délka života bez chronického postižení (Life Expectancy without Chronic Disease), střední délka života bez postižení (Disability-free Life Expectancy) - naděje dožití ve zdraví, bez chronických chorob, bez závažného postižení. I střední délka života prožitá ve zdraví je odlišná pro muže a pro ženy. Zatímco naděje dožití se téměř ve všech zemích EU zvyšuje, střední délka života prožitá ve zdraví dosud stagnuje.

Průměrný věk je aritmetický průměr věku všech jedinců v dané populaci a bývá mnohdy zaměňován se střední délkou života.

Index stáří je obecně stanoven jako poměr seniorů k dětem v dané populaci.



K ZAPAMATOVÁNÍ

Kritériem pro označení určité populace staré či stárnoucí je 8 %, tzn. vyšší podíl populace ve věku 65 let a starších.¹

Současní a budoucí senioři se budou od svých předchůdců lišit početním zastoupením, ekonomickými a sociálními parametry, budou stále vzdělanější i všestranněji zaměření, budou klást vyšší nároky na období života v poproduktivním věku- budou mít vyšší nároky na svou životní úroveň, poskytování informací, rozsah poskytovaných služeb, trávení volného času apod.

Průměrný věk dožití, který se zvýšil mezi lety 1950 až 2005 ze 46 na 65 let, vzroste do roku 2050 na 75 let. V rozvinutých státech, kde se už nyní lidé dožívají nejčastěji pětasedmdesáti let, se tato hranice posune až na 82 let. V nejméně rozvinutých státech, kde lidé umírají nejčastěji v padesáti letech, se prodlouží život v průměru o šestnáct let. Nejvíce starších a starých bude v Evropě, nejvíce mladých v Africe. Z výše uvedeného vyplývá, že růst obyvatel bude v těch méně rozvinutých oblastech Země.

V České republice se začaly projevovat procesy spojené s demografickými změnami a populačním stárnutím naplno projevovaly zhruba na počátku 90. let 20. století.

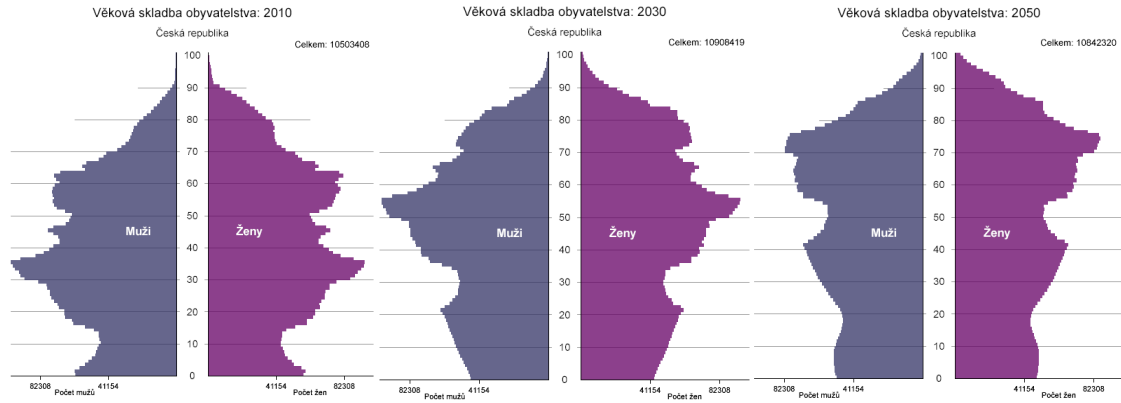
Česká populace stárne a bude stárnout relativně (v důsledku stagnace či snižování porodnosti) i absolutně (v důsledku prodloužení střední délky života).

Podle projekce Českého statistického úřadu bude v České republice v roce 2020 až 28 % seniorů, což představuje téměř třetinu obyvatelstva.

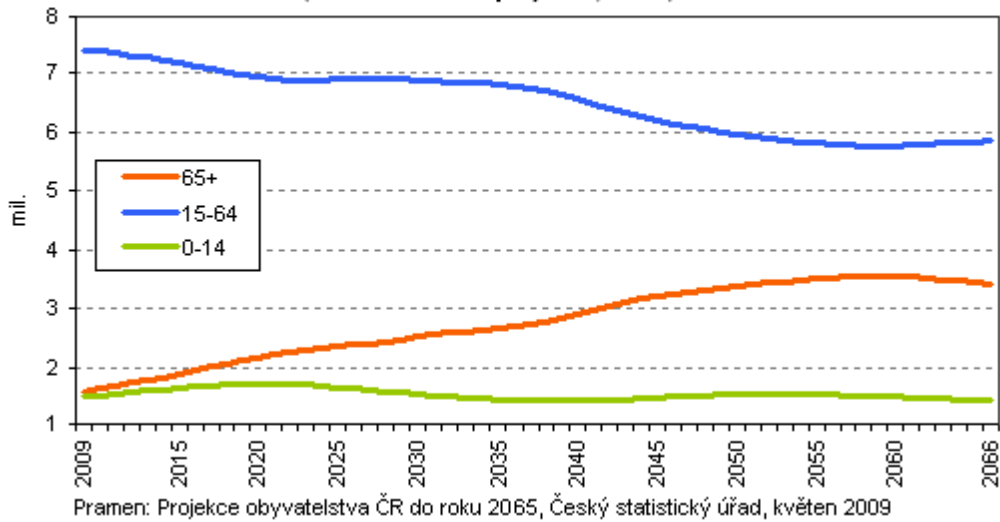
Největší nárůst počtu seniorů se pak očekává v kategorii dlouhověkých, kdy se odhaduje, že v roce 2050 u nás bude žít asi půl milionu občanů ve věku nad 85 let (ČSÚ, Projekce obyvatelstva České republiky 2013, s. 6). Viz níže.

Graf: Věková skladba obyvatelstva v roce 2010, 2030 a 2050

¹ Uvedené hranice dosahovala ke konci 20. stol. Nejen většina evropských zemí, ale i Japonsko, USA, Kanada, Austrálie. V rozvinutých zemích probíhá proces stárnutí populace rychleji než v zemích rozvojových.



Očekávaný vývoj počtu obyvatel podle hlavních věkových skupin do roku 2066 (střední varianta projekce; k 1.1.)



Na základě očekávaného vývoje Českého statistického úřadu, dojde zřejmě po roce 2040 k překročení hranice 3 miliony obyvatel nad 65 let, což bude znamenat dvojnásobné zvýšení současného podílu této věkové skupiny.

V roce 2030 by měli podle odhadů Českého statistického úřadu tito občané tvořit 22,8 % populace a v roce 2050 pak 31,3 % populace České republiky, což představuje přibližně výše uvedené 3 miliony osob. Počet lidí ve věku 85 a více let by měl do roku 2050 stoupnout asi na půl milionu, pro srovnání v roce 2004 jich bylo 93 516. Naděje dožití při narození bude v roce 2050 činit 78,9 let pro muže a 84,5 pro ženy (v roce 2006 i 73,4 let pro muže a 79,7 let pro ženy).

Po roce 1990 dochází k pokračujícímu demografickému stárnutí české společnosti nejen snížením porodnosti, ale také prodlužováním lidského života. Jak je vidět z grafů, v budoucnu se bude stárnutí české populace ještě prohlubovat. Předpokládá se pouze mírný vzestup porodnosti a pozitivní vývoj úmrtnosti v ČR. Po roce 2020 budou dosahovat hranic vlastního stáří silné poválečné ročníky. V polovině 21. století překročí práh osmdesátky „dětí“ z babyboomu sedmdesátých let. Nejvíce budou narůstat počty osob v nejvyšším věku. Podle odhadů se Česká republika postupně stane jednou z nejstarších evropských populací. Lze předpokládat, že stárnout bude nejen česká populace, ale celá Evropa.



KONTROLNÍ OTÁZKA

- Zodpovězte si, jaké znáte demografické důsledky stáří a stárnutí?

Vybrané aspekty demografického stárnutí populace:

K významným důsledkům demografických aspektů stárnutí pro společnost patří dále zejména:

Dlouhověkost

Maximální možná délka života dosažitelná v ideálním prostředí se u člověka zřejmě pohybuje kolem 120–125 let. Dispozice k dlouhověkosti je dána kombinací dědičných faktorů a stylem života. Větší vliv mají i negenetické faktory (fyzická zdatnost, stravovací návyky, psychická pohoda), vlivy prostředí, nemoci a snad i restriktce potravy. Podle prognóz bude dlouhověkých přibývat.

Zvyšování nutnosti finančního zajištění starších a starých osob. V případě, že dojde k převyšujícímu počtu starých lidí nad mladší generací, k čemuž rostoucí počet stárnoucí populace spěje, bude finanční zajištění seniorů značným způsobem omezeno.

Potřeba zajištění dostatečného počtu specifických zařízení pro seniory, které budou starším a starým lidem poskytovat odpovídající služby a péči individuálního charakteru, a to s

ohledem na jejich hmotné, psychické nebo spirituální potřeby. D. Jarošová (2006) v souvislosti s uvedením zmiňuje i problematiku zvyšování počtu invalidní, chronicky nemocné a duševně postižené stárnoucí populace, což označuje za celospolečenský problém, neboť závažnost této situace je nad rámec zdravotnictví. L. Rabušic (1995, s. 192) uvádí, že „*dokonalejší lékařské technologie dovolují delší přežívání i s degenerativními chronickými nemocemi, což by v dřívějších podmínkách nebylo možné, neboť v současné době je léčitelných nespočet onemocnění, na které v minulosti lidé běžně umírali*“.

Vysoký nárůst míry závislosti seniorů. Míra závislosti seniorů je míra, kterou lze vyjádřit počtem seniorů (osoby ve věku 65 let včetně) na 100 osob v produktivním věku, tzn. věk 15 – 64 let (ČSÚ). Míra závislosti seniorů se zvyšuje takovou měrou, že ekonomické následky pocítujeme již dnes.

Další důležitou charakteristikou demografického vývoje v ČR je **přibývající počet starých žen.**

Ženy se dožívají vyššího věku než muži, ženská populace je starší než populace mužská. Demografickým ukazatelem, který vyjadřuje tento jev, je index femininity. Index femininity udává počet žen na 100 (případně 1000) mužů. S postupujícím věkem se index femininity zvyšuje. Starší ženy žijí častěji bez partnera než staří muži. Ženy mají sice vyšší střední délku života než muži, ale ve stáří mají horší zdravotní a funkční stav, což je u nich spojeno s vyšším rizikem institucionalizace a sociální izolace. Více než muži jsou staré ženy ohroženy chudobou. Vdovství (ale i vdovectví) přináší řadu sociálních a psychologických problémů a také nebezpečí osamělého způsobu života.

Sociologické a psychosociální důsledky stárnutí populace jsou dány mj. změnami v:

- charakteru rodiny,
- charakteru bydlení,
- vzdělanosti,
- životní a kulturní úrovni,
- ekonomické aktivitě seniorů,
- potřebách a cílech seniorů.

Hlavním životním zázemím pro seniora by měla být dobře fungující **rodina**.

Rodinné souvislosti

Podle I. Možného (2004) je v české společnosti, i přes důraz na profesní uplatnění a přes individualizaci jedinců, stále silná mezigenerační solidarita a vazby v rodině. Lidé jsou přesvědčeni, že by se rodinní příslušníci měli podporovat. Rovněž V. Pacovský v roce 1990 (s. 53) upozornil, že pospolitý život je velice důležitý pro staré lidi, mnohdy se neobejdou bez pomoci mladších rodinných členů.

Na začátku minulého století, zejména na vesnicích, se mladší generace usazovala v blízkosti svých nejbližších proto, aby jim mohli být nápomocni. Vlivem průmyslové revoluce

dochází k migraci obyvatelstva za prací, což se projevilo také v uspořádání rodinného života. I při této změně se staří lidé snaží žít co nejdéle v prostředí jim známém. „*Touha starých lidí žít v blízkosti vlastních dětí a nebyť přítom na nich závislí, uvádějí právě tak práce zahraniční jako domácí. Lze hovořit o „intimitě s odstupem“. Staří lidé si přejí co největší intimitu a pravidelné kontakty s dětmi, ovšem za předpokladu přiměřené prostorové vzdálenosti.*“ (Pacovský, 1990, s. 53).

Také S. Hamilton v roce 1999 (s. 171) uvedl, že v západních státech upřednostňují senioři žít samostatně, ale vítají, když příbuzní nebydlí daleko. To poukazuje na zachování si svého soukromí, ale možnost schůzek se svými blízkými. Možný (1997, s. 7) upozorňuje na skutečnost, že se setkáváme s osaměle žijícími starými páry, které tvoří více než třetinu domácností, popřípadě s osamělými ženami – vdovami. Dále autor (2008, s. 275) říká, že klíčem k zachování vzájemné mezigenerační soudružnosti je předávání majetku z generace na generaci.

Seniory v rámci rodinných struktur spatřuje Vohralíková a Rabušic (2004, s. 57) takto: „*Rodina představuje pro každého člověka bez rozdílu věku zázemí a jistoty. Ve stáří pak dobře fungující rodina znamená záruku pomoci psychické, fyzické i hmotné, a to i v případě nesoběstačnosti starého člověka.*“



SHRNUTÍ KAPITOLY

Stárnutí obyvatelstva (především ve vyspělých zemích) je provázáno celou řadou důsledků pro společnost i stárnoucí osoby. Lze očekávat, že stárnutí populace v nadcházejících letech bude pro jednotlivé země představovat velkou výzvu nejen rozpočtovou, ale i ekonomickou a sociální. Základním demografickým procesem 21. století je ve vyspělých zemích stárnutí obyvatelstva. Kritériem pro označení určité populace staré či stárnoucí je 8 % či vyšší podíl populace ve věku 65 let a starších.

Na základě očekávaného vývoje Českého statistického úřadu zřejmě dojde v České republice po roce 2040 k překročení hranice 3 milionů obyvatel nad 65 let, počet lidí ve věku 85 a více let by měl do roku 2050 stoupnout asi na půl milionu.

V souvislosti s populačním stárnutím se objevuje řada problémů-v závislost seniorů na péči; důchodová reforma; penzionování silných poválečných ročníků mezigenerační soužití, dostatečné poskytování kvalitních sociálních služeb a bydlení bez bariér, aj. Stárnutí obyvatelstva vede ke zvyšování nákladů na sociální i zdravotní péči, ale i nárůstu požadavků kladených na vlastní rodinnou péči. Důsledky stárnutí dělíme na - ekonomické, sociálně-zdravotní, sociologické a psychosociální, osobní.



Závěr

Demografické charakteristiky jsou nezměnitelné stejně jako proměny způsobu života obyvatelstva. Nutná je potřeba vytvářet příznivou společenskou atmosféru pro chápání a naplňování potřeb seniorů, řešení jejich problémů, zmírnění mezigeneračních konfliktů a sociální integraci seniorů.

Klady prodlužování lidského věku - možnost prožít delší život, strávit více času se svými rodiči.



Otázky k zamyšlení:

- Co se Vám vybaví, když se řekne populační stárnutí?
 - Definujte demografii.
 - Jaká je hranice demografického stáří?
 - Co je demografické stárnutí a jaké faktory je ovlivňují?
 - Charakterizujte střední délku života a uveďte konkrétní aktuální údaje pro muže.
-

KORESPONDENČNÍ ÚKOL



Co se Vám vybaví, když se řekne populační stárnutí?

3 MÝTY O STÁŘÍ



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Strach ze stárnutí a stáří nejčastěji plyne z možné ztráty soběstačnosti a samostatnosti, ze snížení tělesných, mentálních či psychických funkcí, z omezení sociálních vztahů, ze ztráty seberealizace a dalších. Vyrovnání se s procesem stárnutí, stářím, přicházejícími změnami a nakonec také s vlastní smrtelností je velmi důležité pro to, aby člověk mohl toto životní období strávit příjemným způsobem.

Důsledkem níže uvedených předsudků a mýtů o stárnutí a stáří jsou zejména z všeobecné obavy z tohoto období lidského života.



CÍLE KAPITOLY

Po prostudování této kapitoly byste měli být schopni:

- identifikovat předsudky a stereotypy o stáří a stárnutí,
- rozlišovat mýty a skutečnost,
- dekonstruovat základní mýty o stáří.



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Mýtus, předsudky, stereotypy.



ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

Potřebný čas na osvojení si poznatků první kapitoly odhadujeme na 30 minut.

VÝKLADOVÁ ČÁST

DEFINICE



Předsudky a stereotypy jsou určité představy, názory a postoje, které jsou zaujímány jedincem či skupinou osob vůči skupinám jiným (*heterostereotypy*) nebo k sobě samým (*autostereotypy*).

D. Sýkorová (2007, s. 49) uvádí, že „významy stárnutí a stáří mají v současné západní kultuře převážně pejorativní, negativní konotace. Obraz stáří a starších lidí je však spíše výsledkem sociálního konstruování nerealit – zatížený mýty a stereotypy či diskreditujícími, stigmatizujícími atributy.“

Předsudky mají emocionální (vesměs negativní) náboj.

Stereotypy vyjadřují spíše ignoranci a mohou být neutrální nebo dokonce pozitivní. Jde o významný činitel při vzniku ageistických představ a názorů (srov. Hartl, 2010).

K ZAPAMATOVÁNÍ



Zvýraznění důležitých E. Palmore (in Tošnerová, 2002) popsal následující **předsudky a stereotypy o stáří**:

1. **Nemoc.** Představa, že většina starých lidí je často nemocná, mají chabé zdraví, časté úrazy. Díky svému chatrnému zdraví a častým nemocem nemohou provádět běžné aktivity.
2. **Impotence.** Představa, že na „stará kolena“ už sexualita není důležitá, aktivity v tomto směru jsou pokládány za něco nemístného až zvráceného.
3. **Ošklivost.** Díky „kultu mládí“ je krása spojována s mládím a ošklivost se stáří. Stáří mění vzhled starého člověka a tímto ovlivňuje také jeho sociální status.
4. **Snížení duševních schopností.** Posuzování stáří jako období úpadku a zhoršených schopností vede k představě, že schopnosti učit se, zapamatovat si a poznávat v důsledku stárnutí klesají.
5. **Duševní nemoc.** Představa, že staří lidé běžně trpí duševními onemocněními, že je to ve stáří nevyhnutelné.
6. **Zbytečnost.** Výchozí bodem je předpoklad, že v důsledku snižování jak psychické, tak fyzické výkonnosti ve stáří, není schopen starý člověk plně vykonávat svěřenou práci. Není produktivní, čili je zbytečný.
7. **Izolace.** Představa, že stáří rovná se osamělost, že staří lidé nejsou společenší, vyhýbají se kontaktům s lidmi, a tím pádem jsou izolovaní.

8. **Chudoba.** Zahrnuje jak předpoklad, že většina starých lidí je chudá, tak i takový názor, že většina starých lidí je bohatá. Oba dva názory s negativním významem.
9. **Deprese.** Představa, že člověk vzhledem ke svému stáří musí být depresivní. Navazuje to na výše uvedené stereotypy, že starý člověk je nemocný, bezmocný, ošklivý, senilní, chudý a osamělý.
10. **Politická moc.** Povědomí o tom, že starých lidí přibývá, tudíž je jich víc, může vést k tomu, že tvoří silnou politickou sílu, která odvrátí politiky od potřebných reforem.

Mýty o stáří



DEFINICE

Mýtus je nekriticky přijímaná představa o někom, resp. o něčem, expresivně je tento pojem chápán jako smyšlenka, výmysl či blud (Tošnerová, 2002).

H. Haškovcová (1990, 2010) uvádí následující mýty o stáří:

- **Mýtus falešných představ** – je založen na předpokladu, že starý člověk potřebuje pouze ekonomicko-materiální zabezpečení, to znamená, že mezi spokojeností a materiálním zabezpečením existuje přímá úměrnost,
- **mýtus zjednodušené demografie** vystihuje pojem „důchodce“ a je to představa, že člověk se stává starým v den odchodu do důchodu,
- **mýtus homogenity** – stáří se nám jeví jako homogenní, stejnorodé a tudíž nám všichni staří lidé připadají stejní a mající stejné problémy a potřeby („házíme je všechny do jednoho pytle“) a opomíjíme jejich interindividuální a intraindividuální variabilitu,
- **mýtus neužitečného času** je odrazem představy, že „kdo nepracuje, je neužitečný, je k ničemu“,
- **mýtus ignorance** – starý člověk pro nás není partnerem, sokem ani protivníkem, stojí již na vedlejší koleji, a proto ho nemusíme brát vážně,
- **mýtus o skleróze** – tento mýtus v podstatě traduje, že stáří znamená „sklerózu“, na ni se pak svádí všechno, stává se jakýmsi společným jmenovatelem stárnoucích a starých lidí,
- **mýtus o úbytku sexu ve stáří** – sexualita ve stáří zůstává zachována, ale může se kvalitativně měnit (*jde spíše o erotiku, než samotný koitus*).

D. Sýkorová (2007, s. 285) doplňuje, že „přes nepravděpodobnost a neskutečnost těchto mýtů, tvoří stereotypy a mýty o stáří základ pro diskriminaci starých lidí.“

K dalším mýtům patří:

- **Prodlužování délky dožití**, přičemž se jedná pouze o zvyšování počtu přežívajících,
- **onemocnění a zdravotní obtíže ve stáří** – zhoršování celkového zdravotního stavu člověka není podmínkou procesu stárnutí,
- **senilita a oslabení ve stáří** – rovněž se nejedná o důsledky, které jsou spojeny pouze se stárnutím a stářím, neboť se může jednat o příznaky anebo následky různých onemocnění mozku,
- **život ve stáří v zařízeních pro seniory**, což již v současné době není úplnou pravdou, převážná většina seniorů žije ve svých domovech nebo v domovech vlastních dětí, které se o ně starají,
- **majetnost ve stáří** – staří lidé nepatří mezi majetné, majetkové poměry seniorů jsou velmi různorodé,
- **chudoba ve stáří** – ani tento mýtus není opodstatněný, neboť dodnes není prokázána skutečnost, že by starší lidé byly v porovnání s ostatní populací chudobnější,
- **vysoké náklady na zdravotní a sociální zabezpečení starších a starých lidí** – tato oblast je z obecného hlediska zaměřena především děti, mládež a lidi v produktivním věku, v této souvislosti lze zmínit také skutečnost, že lidé nemají povědomí o funkci systému sociálních dávek.

SHRNUTÍ KAPITOLY



Předsudky a stereotypy si vytváříme na základě nedostatečné znalosti určité skupiny lidí – děláme si na ně zevšeobecňující názory či představy, které přebíráme od jiných lidí.

V současné době jsou uváděny následující **stereotypy-staří lidé jsou pro společnost pouze zátěží, nejsou konkurenceschopní, jsou chudí, nemocní, opuštění, zbyteční, senilní, bezmocní a neužiteční**. Důsledek tzv. *gerontofobie* = chorobný strach ze stáří a stárnutí. Negativní postoj ke stáří a stárnutí může mít až podobu ageismu.

Nejčastější **předsudky** o stáří - Nemoc. Impotence. Ošklivost. Snížení duševních schopností. Duševní nemoc. Zbytečnost. Izolace. Chudoba. Deprese. Politická moc.

Nejčastější **mýty o stáří**- mýtus falešných představ, mýtus zjednodušené demografie, mýtus homogenity, mýtus neužitečného času, mýtus ignorance, mýtus o skleróze, mýtus o úbytku sexu ve stáří.



Závěr

Předsudky, stereotypy i mýty o stáří existují v různých modifikacích a mají velký vliv na utváření pojetí a sebepojetí stáří.



OTÁZKY

- V jaké podobě a v jakých médiích jste viděli staré osoby (televizní obrazovka, noviny, časopisy, reklama, inzeráty aj.)?
 - Setkali jste s nějakým předsudkem nebo mýtem o stáří?
-



SAMOSTATNÝ ÚKOL

Připravte si jakoukoli reklamu, ve které budou hlavními protagonisty senioři.



KORESPONDENČNÍ ÚKOL

Popište situaci, kdy jste se setkali s nějakým příkladem diskriminace seniorů, která vycházela z mýtů o stáří. Navrhněte možnosti eliminace předsudků, stereotypů a mýtů o stáří.

4 GERONTOLOGIE – VYMEZENÍ, PŘEDMĚT, ÚKOLY, SYSTÉM, VZTAH K JINÝM VĚDÁM

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Stáří je obtížně definovatelná poslední fáze života, v níž se nápadněji projevuje involuce, souhrn involučních změn (zánikových, „poklesových“, atrofických), se zhoršováním zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu.

CÍLE KAPITOLY



Po prostudování této kapitoly byste měli být schopni:

- objasnit vědu o stárnutí a stáří- gerontologii,
- charakterizovat tři hlavní proudy gerontologie,
- vymezit další disciplíny, které se zabývají stáří a stárnutím ze svého úhlu pohledu.

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Gerontologie, gerontagogika, gerontopsychiatrie, gerontopsychologie, geriatrie.

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU



Potřebný čas na osvojení si poznatků první kapitoly odhadujeme na 40 minut.

VÝKLADOVÁ ČÁST

Pro každý lidský věk jsou specifické obory, které se do větší hloubky zabývají, zdravotními a sociálními problémy které dané období řeší.

Průběh životní křivky dle Pichaud a Thareauové (1998):

- Fáze progresu (dětství, mládí).
- Dlouhé období přirovnané k rodině (dospělost).
- Období úpadku (stáří).

„Čtyřicítka -to je stáří mladých, padesátka -mládí starých.“

Victor Hugo (<http://azcitaty.cz/victor-hugo/3255>)

„Stáří je nevyhnutelnou perspektivou každého živého tvora.“ (Haškovcová, 1989, s. 25).



DEFINICE

Podle Haškovcové (1990, s. 164-168) je **gerontologie** definována jako věda, která se zabývá průběhem stárnutí a samotným stářím.

Přesný název gerontologie získala až ve třicátých letech 20. století, přičemž toto pojmenování není nejsprávnější. Přesto byl upřednostněn název gerontologie (geront-stařec) před geratologií (geras – stáří). Zmíněná autorka uvádí, že již z historie máme dochované zprávy, které prozrazují, že např. Hippokrates pozoroval rozdíly mezi starými a mladými nemocnými.

Ze starého Říma zůstaly poznatky o ubikacích pro choré a přestárlé, které nazývali „hospitálem“, tento název se používá dodnes. Problematikou stáří se zabýval také Galénos z Pergamu ve spise *Desanitate tuenda*. Popisuje zde vědu „gerakómii“, která se věnuje léčením starců. Na jeho myšlenky pak navazují Arabští lékaři. Ve středověku se problematika stáří nejevila jako významná.

S dalším řešením této otázky se setkáváme až v 18. a 19. století v Evropě. V Rusku se geriatrií zabýval Lomonosov, jenž je považován za jejího zakladatele na tomto území.

V Americe se stal prioritním vědcem v oblasti geriatrie Nasher, a to díky tomu, že propracoval gerontologickou literaturu a vytvořil geriatrickou školu. V minulém století se problematice stárnutí a stáří po celém světě intenzivně věnovali různí vědci.

Pojem gerontologie zřejmě poprvé použil nositel Nobelovy ceny I. I. Mečnikov (1903). Pojem geriatrie jako první patrně užil I. L. Nascher (r. 1909), zakladatel americké geriatrické škol.

Gerontologie (doslovný překlad z řečtiny gerón - starý člověk, logos – nauka, slovo) je rovněž jedním z vědních oborů a předmětů na vysokých školách. Rozvíjí se do více specifických oborů např. gerontologie klinická sociální, experimentální.

Teoretická gerontologie je podle V. Pacovského (1990, s. 15) vodítkem – rádcem, pro ty, kteří pracují se starými lidmi. Zahrnuje veškeré informace o stárnutí. „*Gerontologie jako věda soustřeďuje různé poznatky z jiných vědních disciplín a syntetizuje je ve prospěch*

starého člověka. Zároveň však vytváří a používá vlastní specifické metody poznávání, jejich aplikace je podmínkou dalšího úspěšného rozvoje vědy o stárnutí a stáří“.

Členění gerontologie

- **Gerontologie klinická** – častěji označovaná pojmem **geriatrie** pochází z řeckého slova (iatró-léčím); věnuje se zvláštnostem zdravotního stavu a nemocí ve stáří. Iva Holmerová, Božena Jurašková, Květa Zikmundová a kol. (2007, s. 13) píše, že je „*medicinou stáří, lékařským oborem, který se zabývá diagnostikou a managementem onemocnění ve stáří, ale také širšími souvislostmi z pohledu veřejného zdravotnictví.*“ Je to samostatný lékařský obor poskytující specializovanou péči nemocným vyššího věku. Zkoumá problematiku chorob, funkčnosti a životní kvality stáří. Vychází z podstaty, že stáří je etapa života, v níž se nejvíce projevují involuční procesy.² V roce 1982 ve Vídni se konalo zasedání, které rozpracovávalo otázky stárnutí. V kontextu celosvětového zasedání byla oficiálně geriatrie uznaná samostatnou lékařskou disciplínou.
- **Gerontologie sociální** – zkoumá společenské souvislosti individuálního a populačního stárnutí obyvatelstva, orientuje se na vzájemné vztahy mezi starou populací a společností jako celkem; zabývá se tím, co staří lidé od společnosti potřebují, i tím, jak populační stárnutí ovlivňuje společnost a její rozvoj. Setkat se s ní můžeme v těchto oblastech: sociální práce, pedagogika, politologie atd.
- **Gerontologie experimentální** (*biogerontologie a psychogerontologie*) zkoumá příčiny a mechanismy stárnutí živých organismů.

Disciplíny zabývající se problematikou stáří a stárnutí ze svého úhlu pohledu

Podle Stanička (2002, in Heřmanová, 2004, s. 48) je **geragogika**³ zaměřena na vzdělávání starší populace. Tento název byl přijat od odborníků ze Slovenska (Rozália Čornaničová, 1998). Užívá se i termín **gerontopedagogika**, což je problematické označení. V současnosti se upřednostňuje termín **gerontagogika**, resp. **gerontogogika** (Kalvach, 2004)- vzdělávání, edukace, péče a funkcionální působení (Jochman, 1992).

V zahraničí se rozvíjí **vzdělávací gerontologie** D. A. Peterson (1976) uvádí, že by vzdělávací gerontologie měla kromě vzdělávání seniorů zahrnovat i vzdělávání široké laické a odborné veřejnosti o stárnutí a stáří. V pojetí Petersona se tak jedná nejen o vzdělávání seniorů, ale i vzdělávání pro seniory

² Významným pojmem těsně spjatým se stárnutím je *frailty*, nebo-li fyzická křehkost definována jako stav snížení fyziologických rezerv spojený se zvýšeným sklonem k invalidizaci (pády, fraktury, ztráta nezávislosti).

³ Pojem geragogika je v zahraničí běžně užívaný, proto by bylo vhodné ho respektovat i v našem sociokulturním prostředí.

Gerontopsychiatrie - jedná se již o samostatný vědní obor a zabývá se duševními poruchami ve stáří, zvláštnostmi psychiky a léčbou psychiatrických onemocnění ve stáří.

Gerontopsychologie se orientuje na psychologické aspekty stáří a stárnutí, charakterizuje změny v chování a prožívání starých osob.



Závěr

Gerontologie jako samostatný výukový předmět se etabluje teprve v posledních desetiletích. Výuka sociální gerontologie je zastoupena zejména v pregraduální přípravě studentů oborů sociální práce. Seznámení se základy gerontologie patří do profesní přípravy pracovníků v sociálních službách. Klinická gerontologie (geriatrie) je vyučována na lékařských fakultách. Na 1. LF UK v Praze je gerontologie samostatným oborem postgraduálního studia



SHRNUTÍ KAPITOLY

Gerontologie je věda o stárnutí a stáří (gerón=starý, logos=nauka) a bývá členěna do tří proudů: gerontologie klinická, sociální a experimentální. Dalšími vědami, které se zabývají, stářím jsou: geragogika, gerontopsychiatrie, gerontopsychologie, atd.



OTÁZKY

- Co rozumíte pojmem multidisciplinarity zkoumání stáří a stárnutí?
 - Téma stáří a stárnutí dále prolíná i do dalších oborových sociologických disciplín, např. sociologie věku; věkových skupin a sociologie rodiny. Uveďte v jakých souvislostech.
 - Definujte gerontologii.
 - Jaký je hlavní cíl gerontologie? Jmenujte jednotlivé podobory gerontologie.
 - Čím se zabývá sociální gerontologie?
 - Charakterizujte geriatrii.
-

KORESPONDENČNÍ ÚKOL



Četbou: RABUŠIC, L. *Stárnutí populace jako pohroma nebo jako sociální výzva? (Zamyšlení nad některými souvislostmi populačního stárnutí)*. Praha: VÚPSV, 2002.

a

ŠMAUSOVÁ, G. 2004. „Věková struktura společnosti.“ S. 13–28 in Sýkorová, D., Chytil, O. (eds.) *Autonomie ve stáří. Strategie jejího zachování*. Boskovice: František Šalé – ALBERT, 2004.) - objasněte následující tvrzení- ***Stáří je sociální konstrukce.***

5 OBSAH A VÝZNAM GERONTOSOCIOLOGIE. GERONTOSOCIOLOGICKÉ TEORIE STÁŘÍ A STÁRNUTÍ. TEORIE PŘÍBUZENSKÝCH VZTAHŮ A VZÁJEMNÉ PODPORY V RODINĚ.



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Gerontosociologie se zabývá se seniory jako specifickou sociální skupinou ve společnosti. Ze sociologického hlediska jsou v závěru této kapitoly analyzovány i závažné životní situace, které se vyskytují v seniorském věku.



CÍLE KAPITOLY

Po prostudování této kapitoly byste měli být schopni:

- pochopit rozdíly v biologických teoriích, které objasňují proces stárnutí,
 - vysvětlit a interpretovat sociologické teorie.
-



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Gerontosociologie. Biologické teorie-stochastické a nestochastické, sociologické teorie- teorie aktivity, teorie odpoutávání, teorie ideálních typů, genderové teorie stárání, životní změna.



ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

Potřebný čas na osvojení si poznatků první kapitoly odhadujeme na 40 minut.

VÝKLADOVÁ ČÁST

Sociologie stáří/stárnutí/ gerontosociologie je charakterizována jako aplikovaná, resp. oborová sociologická disciplína, která se zabývá jednak stářím a stárnutím jako sociálními kategoriemi, jež modifikují svůj obsah podle společenského a kulturního kontextu, a jednak specifickými skupinami tzv. starých lidí, jejich vnitřními problémy i jejich vztahem k jiným skupinám a pozicím ve společnosti (Velký sociologický slovník, s. 347).

Sociologie hovoří i o historické a kulturní proměnlivosti pojmu stárnutí/stáří, sociální pozice starých lidí ve společnosti, „tzv.“ starých lidí.

Tyto teorie vysvětlují proces stárnutí na základě biologických, sociálních a psychologických změn.

Biologické teorie analyzují proces stárnutí a stáří na bázi buněčné, molekulární a organické. Hledají původ stárnutí, rozebírají stáří jako stav těla a organismu, hledají možnosti jak stáří vylepšit a zjednodušit.

Tyto teorie stáří lze rozdělit na **stochastické a nestochastické** -plánované.

Stochastické teorie lze definovat jako ty, které jsou založeny na nahodilosti, nepředvídatelnosti. Mezi stochastické biologické teorie můžeme zařadit např. teorii „těla na jedno použití“ (Kirkwood 2001), která je založena na tvrzení, že tělesné buňky mají jen dočasnou trvanlivost, protože se očekává, že cílem je provést reprodukci, přičemž buňky, které to mají na starost, fungují nejlépe v mládí, a tudíž je výhodnější investovat do reprodukce a vývoje než do udržení starého organismu.

E. Malíková (2011) uvádí následující teorie:

- **teorii omylů a katastrof** – ke stárnutí dochází v důsledku nahromadění chyb v syntéze proteinů při jejich transkripci a translaci,
- **teorii překřížení** – ke stárnutí dochází v důsledku přehození proteinů a dalších buněčných makromolekul; v organismu se to projevuje na úrovni některých tkání (např. tvorbou šedého zákalu v oku),
- **teorii opotřebení** – vychází z předpokladu, že došlo k poškození životně nenahraditelných částí organismu, posloupeností od zániku buněk vedoucího k poškození tkáně, pak orgánu a nakonec organismu jako celku; existuje souvislost deoxyribonukleové kyseliny v průběhu života,
- **teorii volných radikálů** – předpokládá, že superoxidové radikály kyslíku mohou poškodit membránové proteiny, enzymy a deoxyribonukleovou kyselinu.

B. Troen (2003) k uvedeným teoriím dále řadí:

- teorii somatických mutací,
- teorii opravy DNA,
- teorii chyba – pohroma,
- teorii příčných vazeb neboli teorie modifikace proteinu,
- teorii volných radikálů,
- teorii mutací mitochondriální DNA.

Opačné biologické teorie jsou založené na **předvídatelnosti a nevyhnutelnosti**.

Dle E. Malíkové (2011) vycházejí **nestochastické teorie stárnutí** z principu, že stárnutí je geneticky předurčeno, stárnutí je součástí genetického programu a součástí řízeného procesu vývoje a dospívání. Z vývojově-genetických teorií stárnutí lze uvést např.:

- **pacemakerovou teorii** neboli **teorii genetických hodin** – určité orgány nebo orgánové systémy (např. imunitní či neuroendokrinní systém) jsou považovány za geneticky naprogramovaný pacemaker na určitou dobu života (autoři této teorie poukazují na některé změny, k nimž v lidském organismu dochází již v období adolescence),
- **genetickou teorii** – vychází se z předpokladu, že délka života je specifická pro každý živočišný druh a pro potvrzení teorie se uvádí příklad jednovaječných dvojčat, u nichž je nápadně podobná střední délka života, zatímco u ostatních sourozenců se může i podstatně lišit.

Z dalších, velmi důležitých nestochastických teorií stárnutí, lze uvést zejména geny dlouhověkosti, syndromy zrychleného stárnutí, neuroendokrinní teorii, imunologickou teorii, buněčné stárnutí, buněčnou smrt či teorii programovaného stárnutí“.

Proti této teorii se staví **teorie spolehlivosti**, jinak zvaná také jako teorie selhání (Gavrilov, Gavrilova, 2003, in Johnson 2005, s. 10). Podle této teorie by tělo selhalo, podobně jako stroj, i kdyby bylo složeno z částí, které jsou trvalé.

Sociologické teorie stárnutí:

- **Teorie rolí.** Předpokladem této teorie je, že jedinec se zřiká původních vztahů a rolí, které měl v dospělosti, tyto role nahrazuje odchodem z aktivního života, uzpůsobuje svoje sociální vztahy těmi typickými pro důchod. Problémem teorie rolí je však skutečnost, že člověk ve stáří spíše role ztrácí, než nabírá nové. Tyto ztráty jsou nevratné a mohou vést ke ztrátě osobního sebevědomí.
- **Teorie aktivity** tvrdí, že stárnutí přináší nepřizpůsobivost, pasivitu a že pouze prostřednictvím aktivity může být dosaženo životní spokojenosti. Základem teorie je tvrzení, že přestože člověk během stárnutí prodělá změny anatomické, fyziologické a zdravotní, jeho sociální a psychologické potřeby zůstávají stejné. Navíc se od starých lidí společnost distancuje, a to dělá jejich snahu o naplnění života ještě složitější. Aby stárnoucí člověk odolal společenskému tlaku k jeho odsunutí na okraj, musí zůstat aktivním. Senior, který si dokáže dlouhodobě udržet aktivity ze středních let je velmi dobře připravena na to zůstat aktivní i nadále a vést spokojený života ve stáří. Vědci rozlišují mezi **neformálními aktivitami** (s přáteli, příbuznými, sousedy), **formálními aktivitami** (dobrovolné organizace) a **samostatnými aktivitami** (údržba domácnosti, domu). Výše uvedení autoři zjistili,

že pouze aktivita s přáteli má vliv na životní spokojenost-je doložen silný vztah mezi počtem hodin strávených s přáteli a příbuznými (neformální) a životní spokojeností. Problémem této teorie je, že počítá s emocionální stabilitou, zcela opomíjí např. emocionální výkyvy u individuálních lidí (vdova, deprese, změna prostředí).

V kontrastu s uvedenými teoriemi je **teorie ústupu/ nezapojení se** (disengagement theory, Cumming a Henry, 1961 in Bond 2007, s. 173-174). Dochází zde k odklonu od zaměření na jedince a přechodu k zaměření na sociální systém (Lynott, Lynott, 1996, in Bond 2007, s. 71-72). Tato teorie má za základ tvrzení, že lidské stáří je nezvratný proces, kdy se člověk a sociální struktura od sebe vzájemně odcizují a vzdalují. V očekávání nezvratného konce v podobě smrti člověka jako něčeho nevyhnutelného už ani senior sám, ani společnost, která se ho zřiká, nevidí potřebu něco měnit a vykonávat jakákoli opatření.

Modernistická konstrukce stárnutí se soustředí hlavně kolem biomedicínského pohledu na proces stárnutí. Stárnutí je podle medicínských modelů spojováno s nezvratným fyzickým i psychickým úpadkem, pasivitou a závislostí a je vnímáno jako patologické období života, které představuje společenský problém. Proces stárnutí je tedy zároveň chápán jako proces umírání.

Postmoderní dekonstrukce stárnutí vidí stáří a stárnutí jako stav a proces, který je vždy zcela individuální a rozmanitě utvářený podle momentálních okolností a stavů člověka a světa kolem něj, odmítá obecná pravidla a shlukování vědomostí o stáří v obecně závazné a pravdivé celky (Powell 2006, Marhánková 2011).

Genderové teorie stáří jsou založené na genderových nerovnostech. Argumentují tím, že dosavadní teoretické koncepty jsou buď neúplné, nebo založené na zcela mylných předpokladech, a to proto, že zapomínají na gender. Základním tvrzením tedy je, že v každé společnosti je gender přítomen a také, že má vliv na veškeré sociální interakce. Nerovnost přítomná ve společnosti tedy svým způsobem znevýhodňuje již znevýhodněné, a to platí u starších lidí ženského pohlaví. Na staré ženy je dle těchto teorií pohlíženo jako na osoby, které si nezaslouží respekt a úctu. Teorie uvádí, že přežití a spokojenost se stářím souvisí s flexibilitou v genderových rolích. Na základě této teorie Reichard a jeho tým (1962 in Stuart-Hamilton 2006, s. 166) testovali přizpůsobivost na stáří u mužů ve věku od 55 do 84 let. Nejlépe jim pak vycházela přizpůsobivost u těch, jejichž osobnost nebyla tolik ovlivněna mužskými znaky. Muž totiž s přechodem do stáří musí nutně do své osobnosti převzít typicky ženské znaky, jako pasivita nebo „opečovávání“. Ti, kteří se nejlépe umí přizpůsobit, jsou pak údajně nejspokojenější/nejúspěšnější.

Teorie ideálních typů sociální struktury se zabývá problematikou rolí a jejich genezí během lidského životního cyklu. Život člověka se tradičně dělí do třech různých životních etap, a to do předproduktivního věku (období dětství), produktivního věku (období dospělosti) a období post-produktivního (období stáří). V předproduktivním

období se od člověka očekává, že se bude vzdělávat, v produktivním věku by měla být hlavní náplní života práce a postproduktivní věk by měl jedinec strávit odpočinkem. Riley (1994) stojí v opozici proti tomuto separování jednotlivých životních úkolů podle věku člověka. Všechny tyto role by se měly prolínat a v každé životní etapě by měl člověk stále plnit i role etap dřívějších. Etapa stáří by tedy neměla být pouze obdobím odpočinku, ale člověk by se měl aktivně zapojovat do společnosti skrze zaměstnání. Důraz je kladen také na celoživotní vzdělávání.

Gerontologové od chvíle, kdy uvedené teorie vznikly, stále debatují o jejich relevantnosti.

Podle průběhu může být stárnutí charakterizováno zařazením do jedné z následujících kategorií:

- **Úspěšné stárnutí (a stáří)** – zdravotní, psychický a funkční stav seniora i jeho ekonomická situace jsou lepší než současný průměr. Umožňují nejen plnou soběstačnost, ale i tělesnou, psychickou a sociální aktivitu až do devátého decenia (elitní senioři).
- **Obvyklé, normální stárnutí (a stáří)** – zdravotní, psychický a funkční stav seniora, a míra zdravotních obtíží odpovídá jeho vrstevníkům, současné normě vdané společnosti.
- **Neúspěšné, patologické stárnutí** – zdravotní, psychický a funkční stav je horší než u vrstevníků, než odpovídá současné normě. Špatně probíhá adaptace na proces stárnutí, choroby vyššího věku, jejich projevy a důsledky jsou výraznější a/nebo nastupují neobvykle brzy, předčasně a jejich průběh je urychlený. Charakteristická je závislost na pomoci druhé osoby. Obvyklá bývá i chudoba. Právě u těchto seniorů je výrazná potřeba sociální a zdravotní péče, monitoring, depistáž a dispenzarizace těchto osob, které neumějí dobře signalizovat ani zajišťovat své potřeby.

Stárnutí není samo osobě chorobným jevem, avšak v jeho průběhu dochází k sumaci nepříznivých jevů, a proto ve stáří přibývá nemocných a nesoběstačných lidí. Oproti fyziologickému stárnutí je patologické stárnutí charakterizováno zejména multimorbiditou (výskytem více nemocí současně) a významnými chronickými (dlouhodobými) zdravotními problémy.



KONTROLNÍ OTÁZKA

Alternativně prostor pro úlohy k textu, které je nutno řešit ihned, protože pomáhají dobrému pochopení následujícího učiva.

Závažný sociologický faktor ve vyšším věku pak představují níže uvedené **životní změny** (Pichaud, Thareau, 1998), které kladou velmi vysoké nároky při adaptaci na změněný životní styl seniorů:

- odchod do důchodu, penzionování (převaha volného času, mnohdy pokles životní úrovně);
- odchod dospělých dětí z rodiny a narození vnoučat;
- biologické (fyzické) změny;
- změny v oblasti psychologického potenciálu a sociálních rolí;
- smrt partnera (ovdovělost, výrazněji u žen, patří k hlavním příčinám osamělosti),
- smrt starých lidí blízkých lidí, přátel a vrstevníků,
- anticipace (očekávání) vlastní smrti;
- změny bydlení, přestěhování se či institucionalizace.⁴

Uvedené životní změny nás mohou postihnout po celý život, ale ve stáří se kumulují, jsou pravděpodobnější. Na některé životní události je možné se připravovat (např. na odchod do důchodu, odchod dětí, ale na některé je to velmi obtížné (ovdovění, anticipace vlastní smrti, institucionalizace, příp. změny psychiky).



Závěr – životní ztráty

Každý z nás si již zřejmě prožil v životě ztrátu (Špatenková, 2004a, s. 55). Může se jednat o ztrátu něčeho - většinou se jedná o věc, či pozici, místo atd. Ztráta se může projevit také ztrátou někoho - odchod člověka, zvířete, který může být dočasný nebo trvalý.

Lze souhlasit s N. Špatenkovu (2004b, s. 69), že největší ztrátou v lidském životě je však smrt blízkého. Ztrátu můžeme charakterizovat jako velmi obtížnou, emotivní, životní situaci. V seniorském věku se často setkáváme se ztrátami vztahovými, které – vznikají v důsledku ukončení kontaktu s druhou osobou (rozvod, rozchod, úmrtí).

Vztahová ztráta může mít charakter částečný (rozchod, přestěhování se) nebo úplný (ovdovění). Smrt našeho nejbližšího se řadí k nejtěžším ztrátám v životě člověka.

Problém životních ztrát řeší také D. Sýkorová (2007a, s. 103). Podle této autorky mezi nejdramatičtější hrozbu stáří právem náleží ovdovění. Tento proces probíhá rozdílně u mužů a žen. Jako rozhodující prvek se zde uvádí to, zda tato ztráta byla nečekaná nebo očekávaná.

Vodáková (1996, in Špatenková 2005, s. 71) konstatuje: „*Vdovství, je „rodinný stav vzniklý úmrtím jednoho z manželů, zakládající specifickou sociální situaci odlišnou od situace po*

⁴ Změnu bydliště prožívají starší lidé jako zásadní vytržení z dosavadního životního stylu (Alan, 1989). Opouštějí domov – důvěrné místo s důvěrně známým fyzickým a sociálním okolím a s nezřídka oslabenými silami a zdroji musejí budovat domov nový. Zvýšené riziko, zejména pak sociálního vykořenění, přináší vstup seniora do instituce sociální péče (např. do domova pro seniory).

rozvodu či jiném zániku manželství“. Tato ztráta v životě nastoluje změnu v nastávajícím životě pozůstalé osoby, ale také nejbližšího okolí. Při ovdovění dochází k situaci, že se neztrácí jen životní partner, ale také předcházející styl života se zaběhlými rituály, zvyklostmi, standardem, řádem atd. (Špatenková, 2005, s. 71,74). V současné společnosti osamělých a ovdovělých tvoří převahu starší ženy.



SHRNUTÍ KAPITOLY

Biologické teorie analyzují proces stárnutí a stáří na bázi buněčné, molekulární a organické-teorie stochastické a nestochastické, tedy plánované.

Nejčastěji citované teorie stárnutí:

Teorie aktivity (angažovanosti)-předpokládá, že senioři by měli být i ve vysokém věku aktivní. Jestliže v důsledku svého stárnutí ztratí některé sociální role (např. pracovní roli), měli by je nahradit jinými. Tato teorie však předpokládá, že člověk má kontrolu nad svou sociální situací.

Teorie odpoutávání (neangažovanosti) předpokládá, že stárnoucí lidé se stáhnou ze společnosti a z výkonu určitých sociálních rolí. Důchod je pak vnímán jako součást „přirozené“ redukce rolí.

Teorie ideálních typů by mohla být návodem na to, jak se propracovat k úspěšnému aktivnímu stárnutí.

Genderové teorie stáří jsou jedny z nejaktuálnějších a jsou založeny na tvrzení, že genderové stereotypy zásadně ovlivňují sociálního život a tak v důsledku zásadně ovlivňují rovněž stárnutí a stáří.

Sociologické teorie stárnutí můžeme rozdělit na dvě nejširší kategorie, a to na teorii, kde se jedinec přizpůsobuje svému stárnutí a na teorii, ve které se eší vztahy mezi starým člověkem a společností, resp. jejím sociálním systémem.



OTÁZKY

- Jaké jsou hlavní body generové teorie stáří?
- Jak se dají sociologické teorie využít v praxi?

KORESPONDENČNÍ ÚKOL



Vyberte si jednu ze sociologických teorií a dle odborných zdrojů uveďte její hlavní body a dále aplikujte na konkrétním seniorce-seniorovi. NEBO z výše uvedených biologických teorií si vyberte jednu a pokuste se ji, dle odborných zdrojů, stručně objasnit.

6 SOCIÁLNÍ INTEGRACE A AUTONOMIE SENIORŮ. RODINA JAKO PILÍŘ COPING STRATEGIÍ: ZVLÁDÁNÍ MEZNÍCH SITUACÍ A KRIZÍ V ŽIVOTĚ SENIORŮ.



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Tato kapitola vás má zorientovat v širším kontextu sociální integrace seniorů, neboť je potřeba vytvářet příznivou společenskou atmosféru pro chápání a naplňování potřeb seniorů, řešení jejich problémů, zmírnění mezigeneračních konfliktů a sociální integraci seniorů.



CÍLE KAPITOLY

Po prostudování této kapitoly byste měli být schopni:

- objasnit pojem sociální integrace,
 - charakterizovat typy sociální integrace,
 - popsat, jaké strategie volí jedinci při adaptaci na vlastní stárnutí,
 - uvědomit si činitele ovlivňující vyrovnávání se stářím,
 - objasnit pojem sociální opory,
 - vymezit typy adaptace na měnící se životní situace,
 - specifikovat myšlenky zásad OSN pro seniory,
 - specifikovat sociologické vymezení autonomie seniorů,
 - charakterizovat koncept aktivního stárnutí.
-



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

Potřebný čas na osvojení si poznatků první kapitoly odhadujeme na 40 minut.

VÝKLADOVÁ ČÁST

„...Dobré stáří je výsledkem osobního nasazení a vlastního způsobu života...“ (Gruss, 2009).

Praktické využití především v matematických disciplínách.

DEFINICE



Sociální integrací seniorů rozumíme jejich začlenění do společnosti, tzn.:

- kontakty se širším společenským prostředím, se skupinami i jedinci,
- aktivní účast na společenském životě společnosti.



Sociální integraci ve stáří můžeme rozdělit dle typu do čtyř kategorií:

- Senioři orientovaní na svou rodinu,
- senioři orientovaní na své přátele,
- senioři orientovaní na kluby, spolky, komunitu, tedy na širší sociální okruh,
- senioři věnující se dobrovolnictví a charitě, tedy orientovaní na okruh ne-známých.

Velký vliv na sociální integraci seniorů mají tzv. adaptační strategie.

Strategie vyrovnávání se stářím

Jako první se touto problematikou vyrovnání se stářím zabýval D. B. Bromley, který v roce 1966 vytvořil typologii, jejichž 5 kategorií, které rozpracovala nejen Helena Haškovcová (2010 aj.), ale i další, např. Příbyl (2015), Špatenková a Smékalová (2015), Čeledová a kol. (2016).



K ZAPAMATOVÁNÍ



Zvýraznění důležitých Jedná se o následující strategie:.

1. **Konstruktivní přístup**

Reprezentant tohoto typu se dobře vyrovnává se stářím, je vyrovnaný a i nadále se těší ze svého života, jedná se o ideální formu akceptace stáří. Člověk je otevřený, tolerantní a přizpůsobivý. Navazuje nadále vztahy s druhými lidmi, má smysl pro humor, cítí spokojenost, chybí sebelítost. Okolím je vnímán jako milý starší člověk (Haškovcová, 2010).

Lze říct, že je to ideální model přizpůsobení se stáří. Člověk se na stáří chystá už od středního věku, pokračuje v aktivitách, kterým se věnoval. Je aktivní, má radost ze života, smysl pro humor. Okolím je vnímán jako přizpůsobivý, tolerantní, otevřený a milý senior (Příbyl, 2015). Člověk je vyrovnaný se stárnutím, dokáže akceptovat i možnost svého úmrtí, celkově je spokojený a optimisticky zaměřen. Tito jedinci jsou stále aktivní a nepřestávají mít radost ze života. Mají pro život přiměřené plány a cíle. Jsou si vědomi svých přibližných vyhlídek a možností (Čeledová a kol., 2016).

V této strategii se člověk smířil se stárnutím a stářím, dokáže se vyrovnat s omezeními, které toto období přináší. Je soběstačný, aktivní, vytváří nové vztahy, je snášenlivý k lidem. Optimistický laděný, má přiměřené plány a cíle, neustále hledá možnosti seberealizace. Dokáže se přizpůsobit a vyrovnat se změnami. Je pružný, tolerantní, kreativní. Má radost ze života. Uvádí šťastné dětství, prožití spokojené dospělosti, uspokojivé rodičovství i manželství. Smrt pro něj představuje přirozenou součást života člověka (Špatenková a Smékalová, 2015).

2. Strategie závislosti na okolí

Tento přístup je poměrně častý. Jedinec preferuje pohodlí, bezpečí a odpočinek. Je pasivní, události spojené se stářím vnímá poměrně dobře. Je však závislý na svém okolí, odkazuje se na pomoc druhých. Závislost na příbuzných či zdravotnických pracovnících v zařízení bývá často způsobena vznikem zdravotních problémů. Často je toto spojeno s osamělostí seniora (Příbyl, 2015).

Tento typ jedince se přiklání k závislosti a pasivitě ve svém životě. Obrací a spoléhá se na druhé, to jak po stránce citové, tak hmotné. Odchod do penze nenesou příliš špatně, není příliš ctižádostivý. Pracovní oblast ani prestiž nebyly určující pro směr jeho života. Chodí do práce hlavně proto, aby si vydělali. Preferují klid v rodinném zázemí, pohodlí všeho druhu, bezpečí a odpočinek v ústraní (Haškovcová, 2010).

Osoba očekává pomoc od svého okolí, chová se nesoběstačně, pasivně a často i podezřívavě. Raději odpovědnost přenechávají mladším lidem včetně povinností. Obracejí se do soukromí (Čeledová a kol., 2016).

Tento typ má sklon k závislosti na druhých lidech, objevuje se u něj pasivita. Jeho motto zní: „už jsem se napracoval dost, ať řeší věci ostatní“. Je poměrně vyrovnaný s odchodem do důchodu, nemá další ambice. Odpovědnost a iniciativu přenechává mladším lidem. Může být pod vlivem partnera, dětí, případně dalších osob. Nerad přijímá rozhodnutí sám za sebe. Má rád odpočinek, pohodlí a své soukromí (Špatenková a Smékalová, 2015).

3. Strategie obranného postoje

Do této kategorie se často dostanou lidé, kteří se aktivně zapojovali do společenského dění. Měli společenské, politické a další funkce, zpravidla i dobré pracovní zařazení. Tito lidé byli celoživotně nezávislí, nechtějí se podrobit diktátu stáří. Bojí se závislosti, bojují o udržení svých pozic a do penze odcházejí často až, když „musí“. Často využívají možnosti pracovat dále, i když jejich věk k odchodu do starobního důchodu byl překročen (Haškovcová, 2010).

Jedinec stáří odmítá a brání se mu, své emoce mívá pod nadměrnou kontrolou. Jedná v životě podle konvencí. Odchod do starobního důchodu u něj bývá až tehdy, když je k tomu donucen. Objevuje se často u lidí, kteří se aktivně zapojovali do společenského dění. Měli prestižní zaměstnání, byli nezávislí a chtějí si udržet své postavení apod. (Příbyl, 2015). Vystupování tohoto člověka je zničující jak pro něj samotného, tak pro jeho okolí. Svě životní nezdary dává často za vinu jiným lidem nebo špatným okolnostem. Je podezřívavý, agresivní a vede samotářský život. K ostatním lidem bývá také nevrlý, závistivý a nepřátelský (Čeledová a kol., 2016).

Soběstační lidé, kterým na této hodnotě velmi záleží. Špatně se vyrovnávají se změnami související se stářím. Aby ukázali, jak nejsou závislí, odmítají často pomoc ostatních. Často dávají najevo až přehnanou aktivitu. Tato aktivita má zahnat špatné myšlenky na nepříznivé situace, které se týkají vlastních obtíží či smrti. S myšlenkou a samotným odchodem do důchodu se špatně smířují, některým nahání doslova „hrůzu“. Tito lidé bývají společensky úspěšní. Projevuje se u nich velká emoční kontrola, jednají podle předem daných zvyků, sklony k pedantství (Špatenková a Smékalová, 2015).

4. Strategie nepřátelského postoje

Je nebezpečná, jak pro jejího reprezentanta, tak pro jeho okolí. Často do této kategorie patří lidé, kteří nebyli v životě příliš úspěšní, ač po slávě prahli. Mají tendenci svalovat vinu za svůj nevydařený život na druhé. Bývají podezřívaví i agresivní, ve stáří spatřují další nepřízeň osudu, nemají rádi mladé lidi. Chybí konstruktivnost a realistický postoj k vlastnímu stáří. Zůstávají mrzutí, nepříjemní a závistiví, často se odebírají do ústraní, kde jsou rozhněvaní na celý svět (Haškovcová, 2010).

Bývá u seniorů, kteří mají zhoršenou schopnost adaptačních mechanismů přizpůsobit se nové (obtížné) situaci. Mají tendenci svalovat vinu za své neúspěchy během života na druhé. Žijí osamoceni a stáří pocítují jako nepřízeň osudu. Projevuje se mrzutě, podezřívavě, může být i agresivní. Vůči ostatním lidem blízkým, personálu ve zdravotnických zařízeních či pouze lidem v okolí se projevuje nepřátelsky. Vůči mladým lidem bývá závistivý (Příbyl, 2015).

Vystupování tohoto člověka je zničující jak pro něj samotného, tak pro jeho okolí. Svě životní nezdary dává často za vinu jiným lidem nebo špatným okolnostem. Je podezřívavý, agresivní a vede samotářský život. K ostatním lidem bývá také nevrlý, závistivý a nepřátelský (Čeledová a kol., 2016). Jedinec, který si stále na něco stěžuje, má problémy s ostatními lidmi, podezřívavý až agresivní. Již během svého života si osvojili za svůj neúspěch vinit hlavně druhé. Často pro ně nic není dobré. Vykazují nepřátelské projevy vůči svému okolí. Neustálá mrzutost, vůči mladým lidem projevují závist, nerozumí si s nimi. Rádi vyhledávají konflikty (Špatenková a Smékalová, 2015).

5. Strategie sebenenávisti

Člověk s tímto přístupem se nemá rád, zlobí se sám na sebe. Svůj prožitý život hodnotí pouze kriticky a s pohrdáním. Má pocity zbytečnosti, sklony k depresím, je přehnaně lítostivý. Smrt vnímá jako jediné východisko (Příbyl, 2015).

Za původ svého neštěstí považují sami sebe. Obviňují neustále svou osobu ze všeho, nemají se rádi. Hodnotí svůj dosavadní život s pohrdáním (Haškovcová, 2010).

Od předchozí strategie se odlišují vnímáním nepřátelství a zloby, které obrazejí vůči sobě. Svůj prožitý život hodnotí kriticky a pohrdavě. Nechtěli by jej prožít znovu. Přehnaná sebekritika, cítí se osaměle a zbytečně. V životě se popisují neuspokojivé vztahy s rodiči, dětmi, nevydařená manželství. Nechtějí už nic dělat. Smrt přijímají jako vysvobození (Špatenková a Smékalová, 2015).

Jedinec obrací nepřátelství vůči sobě. Obviňuje se za své životní nezdary, svůj prožitý život popisuje jako úplné selhání, cítí se zbytečný (Čeledová a kol., 2016).

Jednotlivé strategie není možné měnit, bývají hluboce zakořeněné, často vycházejí z životní strategie jedince. Jediným řešením je pomoci lidem, aby jejich život byl snesitelnější, nezůstali sami a stárnutí bylo důstojné (Špatenková a Smékalová, 2015).

Mezi nejdůležitější činitele ovlivňující vyrovnávání se stářím jsou: osobnost člověka, životní filozofie a prožité zkušenosti během života. V průběhu času se tyto strategie mohou navzájem měnit, prolínat či kombinovat (Příbyl, 2015).

Smíření se stářím je založeno na předpokladu člověka, který je rozhodný a odpovědný za svůj život, což je v souladu s poznáním fyziologie mozku (Gruss, 2009).

Podle Čeledové rozlišujeme v zásadě tři typy adaptace na měnící se životní situace:

- *teorie aktivního stáří*- cílem je zachování maxima dosavadních aktivit, žít přibližně životem středního věku, jen přizpůsobit podmínky.
- *teorie substituční*- cílem je usilování o výběr udržitelných aktivit a o nahrazení neadekvátně zatěžujících činností aktivitami jinými.
- *teorie postupného uvolňování*- cílem je vědomé „odevzdání“, ukončení různých snah a činností, o pokorném smíření se stářím a jeho deficity.

Žádnou z těchto možností nelze považovat za nadřazenou nebo kvalitnější. Měla by vycházet ze samotné osobnosti seniora a mělo by jít vždy o svobodnou volbu člověka. Neměla by být nikým vynucována. Také by nemělo docházet k přetížení seniora, k pocitům, „to už nejsem já“ naopak je třeba dávat pozor i na rezignaci. Dále se zaměřit na to, kdy se jedinec stáhne z určitých aktivit, zda nejde o depresi, neschopnost sám zachovat či nalézt aktivity nebo již zmíněnou rezignaci.

Adaptační změny ve stáří je nutné chápat v kontinuitě celoživotního vývoje osobnosti. Každý člověk je individualita a z toho vyplývá individuální přístup k prožívání změn a jejich adaptací na ně. V životě člověka představuje stáří výraznou změnu. Na každou změnu, která jedince během života potká je potřeba si zvyknout a poté ji přijmout. Samotná adaptace člověka na stáří je závislá na mnoha faktorech. Nejvýznamnější roli zde hraje osobnost jedince, jeho aktivita během prožitého života, prožité zkušenosti a životní filozofie daná jedincem Mlýnková (2011).

Podle českého předního psychologa Švančary (in Příbyl, 2015) je důležité v oblasti adaptace na stáří usilovat o naplnění 5P, kterými jsou:

1. *Perspektiva* - zachovat a pěstovat svůj životní program do budoucna.
2. *Pružnost* - zůstat otevřený novým možnostem a podnětům, mít zájem o dění kolem.
3. *Prozíravost* - vidět věci v souvislostech, vybírat si přiměřené aktivity a plány ve stáří tvořit s ohledem na možná zdravotní a další rizika.
4. *Porozumění* - snaha o pochopení druhých lidí kolem sebe, dobré vztahy v rodině, nepropadat výčitkám, úzkosti, poučování a hádavosti.
5. *Potěšení* - snaha o dobrou náladu, mít se na co těšit, užívat si každodenních drobných radostí.

Pojem sociální opora významně souvisí s pojmem sociální integrace. Spočívá v dobrých interpersonálních vztazích. Znamená to sociální zázemí rodiny, přátel a známých. Také sociální zázemí v pracovním kolektivu a v institucích. Mnozí dnešní senioři jsou stále pracující.

Sociální opora je důležitá jako projev emocionální podpory:

- posiluje sebedůvěru,
- snižuje pocity strachu a úzkosti,
- pomáhá při zvládnutí zátěžových situací.

Sociální opora je důležitou součástí tzv. *instrumentální opory*. Díky ní je člověk podporován v řešení praktických problémů. Zároveň také v poskytnutí materiální pomoci a pomáhajícího chování.

Informační podpora je důležitým kontaktem na poskytovatele potřebných služeb – informuje, doporučuje a radí o sociálních službách poskytovaných společností. Vede k pocitu sounáležitosti, začlenění do společnosti.

Sociální opora má svoji strukturu a funkci.

Strukturou se rozumí sociální integrace jedince do množství sociálních vztahů a sociálního prostředí.

Funkcí se rozumí interpersonální a podpůrné vztahy, která je důležitá pro jeho pocit akceptace touto společností. Jedinec má možnost příznivého sociálního srovnávání.

V současnosti je potřeba stále větší sociální integrace seniorů jak ve společnosti, tak v rodině. V roce 1991 byla přijata rezoluce OSN č. 46. Hovoří o postavení seniorů ve společnosti. Charakter rezoluce je vyjádřen úvodním heslem: „*abychom přidali život rokům, které byly přidány životu.*“ Vlády jsou vyzývány k tomu, aby tyto zásady včlenily do svých národních programů, kdykoli je to možné. Jedná se o pět oblastí, do kterých je seskupeno 18 zásad.

Hlavní myšlenky zásad OSN pro seniory, přijaté Valným shromážděním OSN (Rezoluce č.46/91) dne 16. 12. 1991 jsou:

- nezávislost,
- zapojení do společnosti,
- péče,
- seberealizace,
- důstojnost.

Nezávislost seniorů - v přístupu k odpovídajícímu obydlí, dobré stravě a zdravotní péči. Na základě zajištění příjmu mít příležitost pracovat nebo mít přístup k jiným příležitostem zajišťujícím příjem. Dále se rozhodovat, kdy a jak bude probíhat jejich odchod z pracovního života. Mít možnost dalšího sebevzdělávání. Žít v bezpečném prostředí, přizpůsobeném jejich požadavkům a žít co nejdéle ve svém domově.

Zařazení do společnosti předáváním svých schopností a znalostí mladší generací. Být plnohodnotně zařazení do společnosti a mít možnost podílet se aktivně na formulování svých požadavků vůči společnosti. Měl by jim být poskytnut prostor pro služby v občanské společnosti, kde by se mohly podle svých zájmů a schopností realizovat jako dobrovolníci a dále zakládat vlastní hnutí a asociace.

Péče by měla být umožněna především rodinná. Rovněž péče a ochrana vycházející ze systému kulturních hodnot každé společnosti. Zajistit dobrý přístup ke zdravotní péči, pomáhající jim v udržení tělesného, duševního a emočního zdraví a tím zabránit či opozdit propuknutí nemoci. Důležitá je také ochrana jejich autonomie, ochrana a péče. Je nutné zajistit přístup k právnickým a sociálním službám. V humánním a bezpečném prostředí institucionální péče mít zajištěnu ochranu, sociální a duševní stimulaci a rehabilitaci. Požívat lidských práv a základních svobod, ať žijí doma nebo v léčebném zařízení či zařízení sociální péče. Je nutné respektování jejich potřeb, soukromí, víry a důstojnosti. Neupírat jim právo rozhodnutí o kvalitě jejich života a o péči o ně.

Seberealizace k rozvoji svých schopností využívat všechny příležitosti. Mít možnost přístupu vzdělávání, kultury a rekreaci. Využívat všechny zdroje společnosti.

Důstojnost seniorů nevyužívat z hlediska jejich duševní nebo tělesné závislosti. Měli by mít možnost žít důstojně a v bezpečí. Přístup k seniorům a dobré zacházení s nimi by mělo být bez ohledu na cokoli. Nebrat v potaz rasovou či etnickou příslušnost, postižení, věk ani pohlaví. Hodnotit je nezávisle na jejich ekonomickém přínosu.

Pro zajištění plné integrace a také účasti starších lidí ve společnosti je důležité, jak se na ně společnost dívá. Je třeba ukazovat seniory jako aktivní účastníky společenského života, vytvořit obraz jejich důstojnosti a potřebnosti. Je zapotřebí zvyšovat sociální, ekonomickou, kulturní a politickou účast seniorů.

„Z hlediska sociální participace, zaměstnanosti, sociálního a pracovního potenciálu starších lidí i přístupu k problematice penzionování jsou významné příklady funkčně elitních seniorů, extrémních výkonů ve vyšším věku, respektive mimořádné sociální participace ve vyšším věku (sociálního přínosu).“ (Čevela a kol., 2012, s. 29).

Co se týká vnímání seniorů o sobě samotných, je zajímavé z hlediska toho, že největší část seniorů sami sebe jako „staré“ nevnímají. Stvrzují také závěry zahraničních studií o tom, že relativně velká část seniorů se takto vnímá. Lidé, kteří představu stáří odmítají, často činí stručným označením ne! Nepřemýšlejí o své osobě jako o starém člověku, sami se nad tímto pocitem pozastavují, pravděpodobně s ohledem na sociální očekávání ve společnosti (Sýkorová, 2007). Výzkum ukazoval přesně tyto údaje: aktuálně se za staré nepovažovaly dvě pětiny respondentů, téměř jedna pětina se vnímala jako stará „jen někdy a jen v něčem“. Vyplývalo z výzkumu Moravskoslezské studie, která byla zaměřena na věkovou identitu, prožívání věkové diskriminace, vnímání vlastního stáří. A to jak z perspektivy seniorů, tak pohledem střední generace (Sýkorová, 2007).

Dana Sýkorová s výzkumným týmem realizovala tento projekt s názvem Senioři ve společnosti, Strategie zachování osobní autonomie. (GAČR, reg. č. 403/02/1182). Z výše uvedené studie vyplynulo, že významnou známkou stáří není pro seniory ani penzionování, ani prarodičovství.

Nejde však přehlédnout vliv kumulace v oblasti ztráty sociální role, životních krizí, ztráta životního partnera, což často představuje uvědomování si konečnosti vlastního života. Z těchto výzkumu také vyplývá, že se starší lidé setkávají nejčastěji s problémy, týkající se zdraví (zdravotní péče), peněz, bydlení (chybějící místa v penzionech), ageismus (neúcta, nedostatek respektu a porozumění vůči seniorům). (Sýkorová, 2007).

Na **autonomii** můžeme nahlížet z mnoha perspektiv.

Sýkorová (2007, s. 73) ji nazývá „složitým multidimenzionálním jevem“, který se dotýká všech oblastí lidské existence – fyzickou počínaje, přes kulturní, spirituální, politickou a ekonomickou konče.

Filozofie pojímá autonomii jako sebeřízení a morální jednání jako projev autonomní vůle jedince.

Psychologové chápou autonomii jako stav subjektivní psychické pohody a považují ji za jedno z kritérií mentálního zdraví. Tedy z hlediska psychologického je autonomie pojímána jako kvalita osobnosti, kdy autonomní osobnost je schopna odolávat sociálním tlakům kolektivního myšlení, konvencí a jednat a hodnotit na základě osobních standardů a přesvědčení. Dosažení autonomie je spojováno se zráním osobnosti. Tzv. zralou, sebeaktualizovanou osobnost představuje jedinec, který vykazuje vysoký stupeň nezávislosti na druhých lidech.

V sociologii je na osobní autonomii nahlíženo jako na svobodu individua, která stojí v kontextu s determinismem společenských konvencí a sociálního jednání. Přisuzuje autonomii dimenzi funkcionální, postojovou, emocionální a konfliktní a zdůrazňuje její kulturní a historickou předurčenost a současný projev západní kultury - důraz na hodnoty individualismu oproti hodnotě kolektivismu (Sýkorová, 2007).

Jandourek definuje (2001, s. 35) autonomii jako „schopnost racionálního aktéra samostatně se rozhodovat a nebýt subjektem nějaké determinace.“

Vyjdeme-li z charakteristiky Maslowa, tedy autonomie jako jedné z potřeb, která leží téměř na vrcholném stupni pyramidy, chápeme ji jako potřebu osobnostního růstu či sebeaktualizace, která naplňuje určité životní hodnoty člověka. Autonomie souvisí s potřebou vyjádření vlastní individuality jedince, realizací jeho záměrů, prosazování jeho schopností a seberealizace, s potřebou vědění, spontaniety, vnitřní bohatosti, porozumění, harmonie a rovnováhy. Sýkorová podtrhuje, v souladu s teorií Maslowa, že cesta k autonomii vede skrze tyto stupně a že autorem definované charakteristiky sebeaktualizovaných osob korespondují se znaky autonomních jedinců. Zejména s asertivitou jedince, již prosazuje sebe sama a taktéž s potřebou odstupů a soukromí, kterou považuje za schopnost jedince být sám, aniž by se cítil osaměle (Sýkorová, 2007).

Výsledkem výše zmiňovaného výzkumného projektu v otázkách autonomie ve významu fyzické soběstačnosti seniorů je hlavní podmínkou zdraví a také schopnost mobility. Analýza odhalila i náznak závislosti vztahů, kdy subjektivní vnímání změn zdraví ve smyslu podstatného zhoršení vede ke snížení pocitu fyzické soběstačnosti a tím dochází k oslabení pocitu autonomie (Sýkorová, 2007). Haškovcová (1990, s. 251-252) připisuje otázce zdraví taktéž značný význam, ale zároveň jej nevnímá jako jediný životní atribut, když konstatuje, že ...*“zdraví tvoří nepochybně jeden z významných předpokladů kvality života a lidského štěstí, ale samo o sobě jej nezakládá.....Prožitek kvality života je fenomén plastický a důležité je, že může existovat i v absenci zdraví nebo při jeho výrazné redukci.“* Tímto jakoby naznačuje, že i při omezených schopnostech seniorů, z hlediska jejich zdravotního stavu nemusí dojít zákonitě k omezení projevů jejich vůle.



KONTROLNÍ OTÁZKA

Alternativně prostor pro úlohy k textu, které je nutno řešit ihned, protože pomáhají dobrému pochopení následujícího učiva.

Rovněž *finanční autonomie* znamená pro seniory především finanční nezávislost na druhých lidech, absenci pocitu závazku a naopak přítomnost pocitu svobody a soběstačnosti. Vědomí pravidelného, byť nevysokého příjmu je pro seniory garancí jejich zabezpečení a osobní autonomie.

Nejvyšší hodnotu přisuzovali ve výzkumu senioři autonomii ve významu svobody a samostatného rozhodování.

Autonomie samostatného rozhodování je však u seniorů redukována rozsahem voleb, které jsou jim dostupné. Možnost voleb ovlivňují zejména faktory, které představují instituce, normy, hodnoty, momentální potřeby, omezení ze strany bezprostředního sociálního prostředí a v neposlední řadě i aspekty stárnutí a stáří. Rovněž ageismus a negativní stereotypy o stáří zpochybňují status seniorů jako autonomních osob a tudíž kompetentních a oprávněných rozhodovat samostatně o sobě a o svém životě.

Svoboda rozhodování a možnost výběru mezi alternativami představuje pro seniory významný zdroj individuálního uspokojení. Taktéž schopnost kontrolovat a určovat svůj osud znamená pro člověka respekt vůči sobě samému a současnosti.

V rámci zásad implementace prvků posilování autonomie seniorů při poskytování sociálních služeb v pobytovém zařízení pro seniory je velmi důležitá především role pracovníka a jeho pojetí individuálního plánování a individuálního přístupu ke klientům. Nadměrné užívání autority a nadměrné omezování a kontrola, jak zmiňuje Kopřiva (1997), brání rozvoji autonomie. Podotýká, že právě pomáhající organizace se často silně opírají o princip moci a dominance nadřízených nad podřízenými. Největší překážky autonomie seniorů

v zařízení vidí pracovníci v omezení volby ubytování, v soukromí. Dále pak také nemožnost klienta vybrat si s kým bude sdílet svůj pokoj. Tato zjištění zcela korespondují s výsledky výzkumu Levické a Tomašovičové (In Sýkorová, Chytil 2004). Částečně jsou omezení v režimu stravování. Nicméně nedaří se v plné míře poskytnout i emoční podporu a klienti citově strádají. Za podporu autonomie lze označit i aplikaci individuálního plánování, kdy si klient si může rozhodovat o sobě, o svých přáních, uspokojování potřeb, o aktivitách, tedy o svém životě. Podporu autonomie lze spatřovat rovněž v bezbariérovém zařízení. Taktéž v režimu zařízení, které je otevřené a přístupné návštěvníkům. Rovněž možnosti klientů vybavit si pokoj osobními drobnými předměty a moci se starat o domácí zvířátko přispívá jistě k podpoře jejich spokojenosti. Kladně lze hodnotit v tomto směru i přístup zařízení v otázce organizování aktivit a zprostředkovávání kontaktu se společenským prostředím.

Omezení autonomie seniorů lze spatřovat zejména v aspektech bydlení a zajištění soukromí a taktéž nemožnosti klienta vybrat si, s kým bude sdílet pokoj. Nejvíce jsou v tomto směru omezeni klienti imobilní. Dále jsou omezeni v nabídce služeb a aktivit zařízení.

Na základě výše uvedených charakteristik, s přihlédnutím k existujícím společenským normám a k tomu, že člověk jako jedinec je sociálně konstruován, tedy, že jeho život ovlivňují zákony, normy, konvence a společenské instituce, nelze autonomii pojímat jako projev úplně absolutní svobody. Nicméně i autonomie jedince, jež je společností určitým způsobem ohraničena, mu dává dost prostoru pro to, aby člověk mohl svobodně uskutečňovat v průběhu života své záměry, které by jej naplňovaly.

Autonomii seniorů je obecně věnováno méně pozornosti, než by si patrně zasloužila. Rovněž odborné literatury na toto téma není tolik, jako v jiných oblastech gerontologie, zejména např. v oblasti geriatry.

Pichaud a Thareauová (1998) odlišují pojem autonomie od pojmu nezávislost, kterým míní schopnost individua konat sám běžné denní činnosti. (2007, s. 76 -77) chápe tyto pojmy jako synonyma a tedy autonomii vnímá jednak jako „nezávislost“ a taktéž jako „soběstačnost“, kdy nezávislost pojímá jako samostatnost a soběstačností rozumí schopnost vykonávat každodenní aktivity. Autorka podotýká, že pojem soběstačnost lze svým způsobem podřadit pod zastřešující pojem autonomie a zdůrazňuje, že autonomie nestojí v opozici vůči nesoběstačnosti. Uvádí, že i fyzicky nesamostatný člověk, který je závislý na pomoci druhých, může být autonomní.

Na základě této charakteristiky vymezuje čtyři typy osob:

- „Autonomní a soběstačné“,
- „autonomní ale nesoběstačné“ – odkázané na druhé v některých činnostech běžného života,
- „soběstačné a neautonomní“ – uspokojují své potřeby pod vedením druhých,
- „nesoběstačné a neautonomní“ – neschopné uspokojovat potřeby, jelikož si neuvědomují co je pro ně dobré.

Sociální pracovníci pečovatelské služby, v souvislosti s uplatňováním konceptu autonomie, se při výkonu sociální práce vypořádávají zejména se základním dilematem a to je pomoc versus kontrola (Musil, 2004, s. 91).

Narušování autonomie seniorů může být způsobováno i *nadměrnou péčí – tzv. přepečováváním*.



PRO ZÁJEMCE

Dana Sýkorová s výzkumným týmem realizovala tento projekt s názvem Senioři ve společnosti, Strategie zachování osobní autonomie. (GAČR, reg. č. 403/02/1182). Z výše uvedené studie vyplynulo, že významnou známkou stáří není pro seniory ani penzionování, ani prarodičovství. Nejde však přehlédnout vliv kumulace v oblasti ztráty sociální role, životních krizí, ztráta životního partnera často představuje uvědomování si konečnosti vlastního života. Z téhož výzkumu také vyplývá, že se starší lidé setkávají nejčastěji s problémy, týkající se zdraví (zdravotní péče), peněz, bydlení (chybějící místa v penziencech), ageismus (neúcta, nedostatek respektu a porozumění vůči seniorům) (Sýkorová, 2007).

Zdůrazňování svých zdravotních problémů a zaměřenost na vlastní tělo může významně zkomplikovat i sociální postavení staršího člověka. Pokud se člověk bude nadměrně koncentrovat na své choroby a o nic jiného neprojeví zájem, zvýší se riziko, že bude ostatními lidmi odmítán. Tendence vynucovat si pozornost pomocí somatických stesků je běžnou obrannou reakcí starých lidí. Ovšem efektivita takového jednání není uspokojivá. Je zapotřebí si uvědomit, že člověk, který si stále na něco stěžuje, bývá považován za obtížného a nepříjemného (Vágnerová, 2008).

Mladí senioři reprezentující třetí věk, dnes mají celou řadu možností, jak přizpůsobit své činnosti aktuálnímu fyzickému i psychickému stavu. Senioři by měli dbát všech doporučení týkajících se zdravého způsobu života a měli by se vyvarovat všech známých rizikových faktorů, které podmiňují vznik civilizačních chorob. Měli by být fyzicky fit – co nejdéle si zachovat období, v němž není omezen funkční potenciál člověka ani nemocí, ani jiným neduhem. Nedílnou součástí péče o zdravé tělo je i péče o psychickou pohodu.

Psycholog Josef Švancara shrnul doporučení do **Pěti pé**, jež zahrnují: životní **perspektivu** (každý by měl žít pro někoho nebo pro něco), usilování o **pružnost** (ve všech směrech – sportovní aktivity i duševní gymnastika), pěstování **prozíravosti** (uznání existence nemocí i konečnosti lidského života), **porozumění** pro druhé (pokoušet se o mezigenerační porozumění) a v neposlední řadě se nesmí zapomínat na **potěšení** (mít radost a nacházet radost i v maličkostech) (Kalvach a kol., 2004, in Haškovcová, 2010).



Závěr

Udržení schopnosti autonomie je pro seniora důležité z mnoha hledisek. Být autonomní znamená pro seniora být plně kompetentní v otázkách rozhodování o svém životě, o způsobu, jakým život prožívá, jak a s kým tráví svůj čas, jaké uspokojení mu to přináší, přičemž je kladen důraz nejen na fyzickou stránku – tedy na soběstačnost seniora, ale i na stránku psychickou a sociální – tedy na svobodu a možnost sociálních kontaktů.

SHRNUTÍ KAPITOLY



D. B. Bromley vytvořil typologii pěti strategií, jedná se o konstruktivní strategii, strategii závislosti, strategii obranného postoje, strategii nepřátelství a strategii sebenenávisti (in Haškovcová, 2010).

Přijetí faktu stárnutí představuje důležitý mezník v období života každého člověka. Smíření se s touto novou situací a pochopení procesu stárnutí, který probíhá v lidském životě jako přirozený jev. Lidé, kteří se připravovali na tuto životní etapu po celý život a vnímají sami sebe reálně, mají větší možnost lépe a rychleji se vyrovnat se stářím. Každý si může „vybrat“ podle svých genetických a jiných předpokladů, jak bude přibližně jeho stáří vypadat. Zda bude pozitivní, optimistické, čínorodé, pasivní, plně neklidu nebo trpělivé.

S definicí autonomie spojují mnozí autoři (Sokol, 2002, Bauman, 2003) dva užší významové pojmy a těmi jsou „svoboda individua“ a „soukromí individua.“ *Svobodou individua* rozumí schopnost jedince dělat to, co si přeje, nebýt omezován, nemít limitované šance. *Soukromí* znamená mít bezpečné útočiště, prostory pro vlastní potřebu. Můžeme jej přirovnat jako analogii pojmu domov, jak jej chápe Matoušek, (1997) tedy jako obranu před vnějším světem. Bauman (2003) hovoří o optimálním stavu, kdy je možné podle vlastního uvážení do soukromí vstupovat a z něho vystupovat a zároveň moci svobodně kdykoliv sdílet i širší společnost. Sýkorová (2007) zdůrazňuje, že právě u seniorů, kteří jsou klienty sociálních institucí, hrozí velké riziko ztráty těchto aspektů autonomie.

Koncept aktivního stárnutí se snaží o zdravé, soběstačné, kvalitní a pozitivní stárnutí zasazené do sociálních sítí. Jeho významnými prvky jsou autonomie a případně i ekonomická angažovanost seniorů. Aktivní stárnutí může mít celou řadu dimenzí a je to proces velmi individuální. Podstatné je, že senior může smysluplně vyplnit svůj čas a těší se z toho. Aktivita ve vyšším věku by měla odpovídat osobnostnímu zaměření.



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ

- Uveďte, v čem podle Vás spočívá úspěšná strategie na vlastní stáří a stárnutí.
-



KORESPONDENČNÍ ÚKOL

7 PROBLEMATIKA SOBĚSTAČNOSTI A ZÁVISLOSTI VE STÁŘÍ. RIZIKOVÉ SITUACE A RIZIKOVÉ OSOBY V POPULACI SENIORŮ

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



CÍLE KAPITOLY



prostudování této kapitoly byste měli být schopni:

- vysvětlit pojmy-etika, morálka, mravnost, důstojnost
- uvědomit si možné oblasti etických problémů v péči o seniory
- popsat rizikové situace v péči o seniory

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



gerontosociologie, životní změna



Odhad času potřebného ke studiu:

Potřebný čas na osvojení si poznatků první kapitoly odhadujeme na 40 minut.

VÝKLADOVÁ ČÁST

Schopnost stárnoucího a starého člověka žít smysluplný život patří k základním atributům úspěšného stárnutí a ovlivňuje i kvalitu života starých lidí. Vnímat život jako smysluplný má pozitivní vliv na vyrovnávání se s involučními procesy vyššího věku, na zdravotní stav a úspěšné zvládnání stárnutí.

Z výsledků některých výzkumů je zřejmé, že vliv na to, *nakolik staří lidé prožívají život smysluplně*, mají následující charakteristiky:

- dobrý zdravotní stav,
- kultivování duchovní složky života a religiozita,
- konstruktivní reminiscence,
- vztahy k druhým,
- potěšení v životě udržování optimismu a naděje do budoucna,
- tvořivost,
- užitečnost, prospěšnost
- služba druhým – sebezpřesah.

Z uskutečněných výzkumů v českém prostředí vyplývá, že míru smysluplnosti života u seniorů negativně ovlivňuje vyšší věk, nesoběstačnost a osamělost a u mužů i skutečnost, že se nerealizovali ve své původní profesi. Hlavním prediktorem nízké smysluplnosti je i přítomnost deprese.

K nejvýznamnějším faktorům, které ovlivňují aktivitu a spokojenost starého člověka, však patří zdravotní překážky.

Vzhledem k tomu, že nemoci jsou nejčastější příčinou omezené soběstačnosti ve stáří a s ní spojené zhoršené kvality života.

Podle Světové zdravotnické organizace je zdraví „více než nepřítoma sociální pohody, ne pouze jako nepřítomnost nemoci.“

Ve stáří je právě zdraví a s ním spjatá míra soběstačnosti a autonomie velmi významnou hodnotou.

Populace seniorů je i z hlediska zdravotního stavu velmi heterogenní. Se stoupajícím věkem se zvyšuje četnost i závažnost chorob a s tím souvisí snížená schopnost sebeobsluhy.

Soběstačnost, jejíž míra souvisí především se zdravotním stavem člověka, patří ve stáří k nejvýznamnějším lidským hodnotám.



DEFINICE

Soběstačnost je definována jako „*schopnost postarat se adekvátním způsobem o sebe a svoji domácnost a vyjadřuje schopnost samostatné existence v daném prostředí.*“ (Zavázalová, 2001, s. 31).

Soběstačnost má složku fyzickou, psychickou, sociální a hmotnou.

Nejvýznamnější faktory, které ovlivňují soběstačnost:

- závažné nemoci (pohybového aparátu, neurologická onemocnění, smyslové poruchy, psychická onemocnění, nemoci se zvýšenými nároky na ošetřování a užívání kompenzačních pomůcek),
- všechny rizikové gerontologické faktory,
- nevyhovující bytové podmínky,
- špatná dostupnost zdravotních a sociálních služeb,
- nemožnost nebo neochota blízkých osob (rodiny) v poskytování pomoci.

Pro stanovení míry soběstačnosti se používají:

- testy fyzické výkonnosti a soběstačnosti, např. Test instrumentálních všedních činností – IADL a Test základních sebeobslužných činností – ADL,
- testy k diagnostice kognitivních funkcí, např. Krátká škála mentálního stavu – MMSE),
- testy k diagnostice psychické pohody, např. Škála deprese pro geriatrické pacienty GDS-15).

Opakem soběstačnosti je závislost.

KONTROLNÍ OTÁZKA



Alternativně prostor pro úlohy k textu, které je nutno řešit ihned, protože pomáhají dobrému pochopení následujícího učiva.

S přibývajícím věkem se lidé nejvíce obávají zejména ztráty soběstačnosti, ztráty neschopnosti zařizovat si svoje záležitosti a nemožnost postarat se o sebe a svoji domácnost. Závislost vzniká jako důsledek úbytku funkčního potenciálu starého člověka, a to buď *náhle* (úraz, těžká cévní mozková příhoda) nebo *postupně* (zhoršování zraku, rozvoj demence).

Ve stáří je porucha v některých oblastech soběstačnosti charakterizována (Zavázalová, 2001, s. 31):

- vzrůstající prevalencí s věkem,
- zhoršováním s postupujícím věkem,
- sdružováním defektů,
- vyšší prevalencí a rychlejším nástupem u žen,
- hierarchií v poklesu funkčních schopností– tj. nejprve obvykle dochází k neschopnosti vykonávat všední denní činnosti, při dalším poškození se přidávají problémy se zabezpečením sebeobsluhy.

Ve vztahu k soběstačnosti a závislosti seniorů je pak *zabezpečenost* stav, kdy se starému člověku i při ztrátě soběstačnosti dostává pomoci (od blízkých osob nebo od profesionálů formou služeb), která mu umožní žít v navyklém prostředí (i třeba upraveném podle potřeby).

Kromě funkční zdatnosti seniora a vytvoření bezpečného a účelného prostředí, v němž žije, je významné podpořit i vůli a motivaci starého člověka k co nejvíce aktivnímu a plnému životu.

Nástroje pomoci nesoběstačným seniorům (a dalším osobám v nepříznivé sociální situaci) definuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Poskytování dávek upravuje zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. V těchto zákonech jsou ve vztahu k seniorům s omezenou soběstačností definovány zejména:

- sociální služby,
- příspěvek na péči,
- dávky pro osoby se zdravotním postižením.

Zvláště ve vyšším věku je významné působení sociálních faktorů a některá období v životě seniorů přispívají ke vzniku rizikové situace.

Rozeznáváme rizikové situace v populaci seniorů a definujeme rizikové osoby mezi seniory (Zavázalová, 2001, s. 36).

Rizikové osoby v populaci seniorů.

Za rizikové považujeme ty seniory, kteří už nejsou schopni účinně se adaptovat na změny, které se stárnutím souvisejí. Je třeba vědět, kdo do této skupiny patří, protože aktivním vyhledáváním a dispenzarizací lze předejít dekompenzacím zdravotního a psychického stavu a následným závažným komplikacím.

- **Podle WHO patří mezi rizikové osoby v populaci seniorů:**
- osoby starší 80 let,
- osoby vyššího věku žijící osaměle,
- staré a osamělé ženy,
- senioři v dlouhodobé ústavní péči,
- senioři se závažným onemocněním,
- páry, kde je jeden z partnerů-seniorů vážně nemocen,
- staří lidé se špatným hmotným zabezpečením.

Na uvedené skupiny rizikových osob by se měla v sociální práci zaměřit depistáž.

Rizikové situace v populaci seniorů

K nejvýznamnějším rizikovým situacím provázející stárnutí patří zejména:

- **Ztráta životního partnera a poslední blízké osoby.** Ztráta životního partnera/partnerky je v životě staršího člověka nenahraditelná a ve stáří patří k nejtěžším životním zkouškám. Staří lidé, kteří již nežijí v partnerském vztahu, prožívají těžce také ztrátu poslední blízké osoby (např. sourozence). S odchodem posledního blízkého člověka dochází ke ztrátě struktury dne, náplně, radosti z činností. To může být provázeno pocity opuštěnosti a osobní bezvýznamnosti. Nezřídka dochází k vystupňování úzkosti, depresivitě i somatizaci (projevy psychických pochodů v tělesné oblasti – nejčastěji různé bolesti, únava). Celkovou situaci zhoršuje postupné umírání vrstevníků. Důsledkem těchto osobních ztrát v životě seniorů může být stupňující se sociální izolace.
- **Umístění do zařízení zdravotní nebo sociální péče.** Hospitalizace v nemocnici je zpravidla seniorem většinou chápána jako přechodná, jiná je situace při umístění starého člověka do domova pro seniory, do zařízení sociální péče. Zde se musí přizpůsobit neznámým podmínkám a navázat nové vztahy.

Rizika:

- adaptační krize,
- sociální izolace,
- ztráta osobního zázemí, intimity,
- ztráta autonomie,
- ztráta pocitu soběstačnosti,
- pocit ohrožení plynoucí z uvědomění si definitivní ztráty domova – tzv. syndrom poslední štace.

- **Návrat z ústavního zařízení do vlastní domácnosti.** Ačkoli by se mohlo zdát, že se domů (např. z nemocnice) každý těší, je třeba upozornit na riziko tzv. nezajištěného propuštění. Jde o situaci, kdy je do domácí péče poslán senior se sníženou soběstačností, aniž je mu dostatečně zajištěna pomoc při péči o jeho osobu a domácnost, které nezvládá sám. Rizikem pobytu v domácnosti bez zajištěné péče je dekompenzace zdravotního stavu a možnost další hospitalizace, které se může rozvíjet v tzv. *geriatrický hospitalismus* (ztráta soběstačnosti vlivem vzniku fyzických a duševních poruch v důsledku dlouhodobého pobytu v nemocnici).
- **Odchod do důchodu** je důležitým životním mezníkem. Situace ale může být rozdílná podle okolností, za nichž senior do důchodu odchází. Pro některé osoby je již obtížné ve vyšším věku vykonávat profesi pro zdravotní problémy, vyšší unavitelnost a menší zdatnost i častější nemocnost, takže odchod do starobního důchodu očekávají s úlevou. Stejně tak je oficiální nárok na starobní důchod vítaný, pokud jsou starší lidé dlouhodobě nezaměstnaní. V souvislosti se zaměstnáváním osob 50+ je důležité zmínit, že značnou zátěž i v tomto období představuje náhlé, neočekávané ukončení pracovní činnosti, které může být provázeno pocitem ohrožení, vlastní zbytečnosti, úzkostí a strachem z budoucnosti. Ztráta zaměstnání může způsobit i narušení partnerského vztahu, jindy zátěžová situace naopak rodinu stmeluje.
Rizika, která souvisejí s odchodem do důchodu:
 - ztráta profesní prestiže, sociální role,
 - nedostatek financí,
 - nižší životní úroveň,
 - strach z neužitečnosti,
 - ztráta struktury dne – hledání náplně volného času,
 - omezení sociálních kontaktů,
 - partnerské problémy (ponorková nemoc).



SHRNUTÍ KAPITOLY

Schopnost stárnoucího a starého člověka žít smysluplný život patří k základním atributům úspěšného stárnutí a ovlivňuje i kvalitu života starých lidí. Vnímat život jako smysluplný má pozitivní vliv na vyrovnávání se s involučními procesy vyššího věku, na zdravotní stav a úspěšné zvládnutí stárnutí.

Z výsledků některých výzkumů je zřejmé, že vliv na to, *nakolik staří lidé prožívají život smysluplně*, mají následující charakteristiky:

- dobrý zdravotní stav,
- kultivování duchovní složky života a religiozita,
- konstruktivní reminiscence,
- vztahy k druhým,
- potěšení v životě udržování optimismu a naděje do budoucna,

- tvořivost,
- užitečnost, prospěšnost
- služba druhým – sebepřesah.

Z uskutečněných výzkumů v českém prostředí vyplývá, že míru smysluplnosti života u seniorů negativně ovlivňuje vyšší věk, nesoběstačnost a osamělost a u mužů i skutečnost, že se nerealizovali ve své původní profesi. Hlavním prediktorem nízké smysluplnosti je i přítomnost deprese.

K nejvýznamnějším faktorům, které ovlivňují aktivitu a spokojenost starého člověka, však patří zdravotní překážky.

Vzhledem k tomu, že nemoci jsou nejčastější příčinou omezené soběstačnosti ve stáří a s ní spojené zhoršené kvality života.

Podle Světové zdravotnické organizace je zdraví „více než nepřítom asociální pohody, ne pouze jako nepřítomnost nemoci.“

Ve stáří je právě zdraví a s ním spjatá míra soběstačnosti a autonomie velmi významnou hodnotou.

Populace seniorů je i z hlediska zdravotního stavu velmi heterogenní. Se stoupajícím věkem se zvyšuje četnost i závažnost chorob a s tím souvisí snížená schopnost sebeobsluhy. Soběstačnost, jejíž míra souvisí především se zdravotním stavem člověka, patří ve stáří k nejvýznamnějším lidským hodnotám.

Soběstačnost je definována jako „*schopnost postarat se adekvátním způsobem o sebe a svoji domácnost a vyjadřuje schopnost samostatné existence v daném prostředí.*“ (Zavázalová, 2001, s. 31).

Soběstačnost má složku fyzickou, psychickou, sociální a hmotnou.

Nejvýznamnější faktory, které ovlivňují soběstačnost:

- závažné nemoci (pohybového aparátu, neurologická onemocnění, smyslové poruchy, psychická onemocnění, nemoci se zvýšenými nároky na ošetřování a užívání kompenzačních pomůcek),
- všechny rizikové gerontologické faktory,
- nevyhovující bytové podmínky,
- špatná dostupnost zdravotních a sociálních služeb,
- nemožnost nebo neochota blízkých osob (rodiny) v poskytování pomoci.

Pro stanovení míry soběstačnosti se používají:

- testy fyzické výkonnosti a soběstačnosti, např. Test instrumentálních všedních činností – IADL a Test základních sebeobslužných činností – ADL,
- testy k diagnostice kognitivních funkcí, např. Krátká škála mentálního stavu – MMSE),
- testy k diagnostice psychické pohody, např. Škála deprese pro geriatrické pacienty GDS-15).

Opakem soběstačnosti je závislost.

S přibývajícím věkem se lidé nejvíce obávají zejména ztráty soběstačnosti, ztráty neschopnosti zařídit si svoje záležitosti a nemožnost postarat se o sebe a svoji domácnost. Závislost vzniká jako důsledek úbytku funkčního potenciálu starého člověka, a to buď *náhle* (úraz, těžká cévní mozková příhoda) nebo *postupně* (zhoršování zraku, rozvoj demence).

Ve stáří je porucha v některých oblastech soběstačnosti charakterizována (Zavázalová, 2001, s. 31):

- vzrůstající prevalencí s věkem,
- zhoršováním s postupujícím věkem,
- sdružováním defektů,
- vyšší prevalencí a rychlejším nástupem u žen,
- hierarchií v poklesu funkčních schopností– tj. nejprve obvykle dochází k neschopnosti vykonávat všední denní činnosti, při dalším poškození se přidávají problémy se zabezpečením sebeobsluhy.

Ve vztahu k soběstačnosti a závislosti seniorů je pak *zabezpečenost* stav, kdy se starému člověku i při ztrátě soběstačnosti dostává pomoci (od blízkých osob nebo od profesionálů formou služeb), která mu umožní žít v navyklém prostředí (i třeba upraveném podle potřeby).

Kromě funkční zdatnosti seniora a vytvoření bezpečného a účelného prostředí, v němž žije, je významné podpořit i vůli a motivaci starého člověka k co nejvíce aktivnímu a plnému životu.

Nástroje pomoci nesoběstačným seniorům (a dalším osobám v nepříznivé sociální situaci) definuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Poskytování dávek upravuje zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. V těchto zákonech jsou ve vztahu k seniorům s omezenou soběstačností definovány zejména:

- sociální služby,
- příspěvek na péči,
- dávky pro osoby se zdravotním postižením.

Zvláště ve vyšším věku je významné působení sociálních faktorů a některá období v životě seniorů přispívají ke vzniku rizikové situace.

Rozeznáváme rizikové situace v populaci seniorů a definujeme rizikové osoby mezi seniory (Zavázalová, 2001, s. 36).

Rizikové osoby v populaci seniorů.

Za rizikové považujeme ty seniory, kteří už nejsou schopni účinně se adaptovat na změny, které se stárnutím souvisejí. Je třeba vědět, kdo do této skupiny patří, protože aktivním vyhledáváním a dispenzarizací lze předejít dekompenzacím zdravotního a psychického stavu a následným závažným komplikacím.

- Podle WHO patří mezi rizikové osoby v populaci seniorů:
- osoby starší 80 let,

- osoby vyššího věku žijící osaměle,
- staré a osamělé ženy,
- senioři v dlouhodobé ústavní péči,
- senioři se závažným onemocněním,
- páry, kde je jeden z partnerů-seniorů vážně nemocen,
- staří lidé se špatným hmotným zabezpečením.

Na uvedené skupiny rizikových osob by se měla v sociální práci zaměřit depistáž.

Rizikové situace v populaci seniorů

K nejvýznamnějším rizikovým situacím provázející stárnutí patří zejména:

- **Ztráta životního partnera a poslední blízké osoby.** Ztráta životního partnera/partnerky je v životě staršího člověka nenahraditelná a ve stáří patří k nejtěžším životním zkouškám. Staří lidé, kteří již nežijí v partnerském vztahu, prožívají těžce také ztrátu poslední blízké osoby (např. sourozence). S odchodem posledního blízkého člověka dochází ke ztrátě struktury dne, náplně, radosti z činností. To může být provázeno pocitem opuštěnosti a osobní bezvýznamnosti. Nezřídká dochází k vystupňování úzkosti, depresivitě i somatizaci (projevy psychických pochodů v tělesné oblasti – nejčastěji různé bolesti, únava). Celkovou situaci zhoršuje postupné umírání vrstevníků. Důsledkem těchto osobních ztrát v životě seniorů může být stupňující se sociální izolace.
- **Umístění do zařízení zdravotní nebo sociální péče.** Hospitalizace v nemocnici je zpravidla seniorem většinou chápána jako přechodná, jiná je situace při umístění starého člověka do domova pro seniory, do zařízení sociální péče. Zde se musí přizpůsobit neznámým podmínkám a navázat nové vztahy.

Rizika:

- adaptační krize,
- sociální izolace,
- ztráta osobního zázemí, intimity,
- ztráta autonomie,
- ztráta pocitu soběstačnosti,
- pocit ohrožení plynoucí z uvědomění si definitivní ztráty domova – tzv. syndrom poslední štače.
- **Návrat z ústavního zařízení do vlastní domácnosti.** Ačkoli by se mohlo zdát, že se domů (např. z nemocnice) každý těší, je třeba upozornit na riziko tzv. nezajištěného propuštění. Jde o situaci, kdy je do domácí péče poslán senior se sníženou soběstačností, aniž je mu dostatečně zajištěna pomoc při péči o jeho osobu a domácnost, které nezvládá sám. Rizikem pobytu v domácnosti bez zajištěné péče je dekompenzace zdravotního stavu a možnost další hospitalizace, které se může rozvinout v tzv. *geriatrický hospitalismus* (ztráta soběstačnosti vlivem vzniku fyzických a duševních poruch v důsledku dlouhodobého pobytu v nemocnici).

- **Odchod do důchodu** je důležitým životním mezníkem. Situace ale může být rozdílná podle okolností, za nichž senior do důchodu odchází. Pro některé osoby je již obtížné ve vyšším věku vykonávat profesi pro zdravotní problémy, vyšší unavitelnost a menší zdatnost i častější nemocnost, takže odchod do starobního důchodu očekávají s úlevou. Stejně tak je oficiální nárok na starobní důchod vítaný, pokud jsou starší lidé dlouhodobě nezaměstnaní. V souvislosti se zaměstnáváním osob 50+ je důležité zmínit, že značnou zátěž i v tomto období představuje náhlé, neočekávané ukončení pracovní činnosti, které může být provázeno pocitem ohrožení, vlastní zbytečnosti, úzkostí a strachem z budoucnosti. Ztráta zaměstnání může způsobit i narušení partnerského vztahu, jindy zátěžová situace naopak rodinu stmeluje.

Rizika, která souvisejí s odchodem do důchodu:

- ztráta profesní prestiže, sociální role,
- nedostatek financí,
- nižší životní úroveň,
- strach z neužitečnosti,
- ztráta struktury dne – hledání náplně volného času,
- omezení sociálních kontaktů,
- partnerské problémy (ponorková nemoc).



Závěr



Shrnutí kapitoly



KORESPONDENČNÍ ÚKOL

8 ETICKÉ ASPEKTY V PÉČI O STARÉ OBČANY. DILEMA RODINNÉ A/NEBO INSTITUCIONÁLNÍ PÉČE

NÁHLED KAPITOLY



CÍLE KAPITOLY



Po prostudování této kapitoly byste měli být schopni:

- vysvětlit pojmy-etika, morálka, mravnost, důstojnost,
- uvědomit si možné oblasti etických problémů v péči o seniory,
- popsat rizikové situace v péči o seniory.

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Důstojnost, etika, morálka, soběstačnost.



Odhad času potřebného ke studiu:

Potřebný čas na osvojení si poznatků první kapitoly odhadujeme na 40 minut.

VÝKLADOVÁ ČÁST

DEFINICE



Etika jako teorie morálky je disciplínou praktické filozofie čili filosofie skutků. Jedná se o skutky zvláštní povahy - předmětem zkoumání tohoto oboru nejsou skutky vykonané tím kterým člověkem, ale ty, které je třeba teprve vykonat. Představuje jedinečnou životní praxi, založenou na vlastních zkušenostech; je vědeckou disciplínou, jejímž objektem je mravnost.

Mravnost, jako klíčový pojem etiky, vyjadřuje postoj člověka k mravnímu zákonu a spočívá mj. ve svobodném rozhodování.

Morálka (z latiny moralitas, charakter, správné chování) je soubor principů založených a hodnocených na základě posuzování dobra a zla, což určuje postoje k sobě samému, k druhým lidem a ke společnosti.

Morální chování je tedy takové, které je v souladu s objektivními etickými hodnotami. Mravní normy jsou dány kulturou dané společnosti (nejedná se však o právní normy!).

Etický problém znamená nerozřešenou otázku, nesnadný úkol či složitou věc. Etické problémy vznikají v situaci, kdy je evidentní, jak by měl profesionál zasáhnout, ale toto rozhodnutí se mu přičí (Nečasová, 2001).

Rozsah etických problémů v oblasti péče o seniory může být velmi rozsáhlý.

Jedná se o např. možné páchání násilí na jedincích vyššího věku, ať již v domácím prostředí, během hospitalizace nebo v některém z ústavů sociální péče.

Může být porušena lidská důstojnost, nerespektován stud, soukromí, autonomie aj.

V některých případech se pečující nedokáže vyrovnat zhoršením fyzického zdraví nebo úbytkem mentálních schopností člena rodiny a právě z důvodu zhoršení kognitivních funkcí nemusí pečovatelé považovat za důležité sdělit seniorovi některé informace.

Důstojnost by se dala označit jako „morální a etická kategorie, zdůrazňující vědomí člověka o významu osobnosti a uznání jeho práv“.

Problematika soběstačnosti a závislosti ve stáří je úzce spjata s tématem péče o seniory se sníženou soběstačností.

Zdravotní a sociální péči nelze v případě seniorů od sebe oddělovat. Tato péče musí být dostupná pro všechny, kdo ji potřebují.

Primární zdravotní péče je poskytována na základě povinného zdravotního pojištění. Zdravotní péče je poskytována dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Formy: ambulantní péče, jednodenní péče, lůžková péče a zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta.



Sociální péče je „organizovaná pomoc pro osoby, které se ocitly ve složité životní situaci a nejsou schopny ji samy zvládnout.“(Haškovcová, 2012, s. 153).

Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou:

- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení,
- pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- poradenství,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů

V České republice model poskytování péče vychází z tradičního pojetí, které předpokládá, že péči o blízkou osobu zajistí rodina. Většina seniorů upřednostňuje domácí prostředí s vědomím, že v případě poklesu soběstačnosti jim bude poskytnuta pomoc. Sami by měli včas uvažovat o možnostech řešení situace (měli by vědět, kdo z blízkých osob jim tuto pomoc v případě potřeby zajistí).

DEFINICE



Rodina je definována jako „*forma dlouhodobého solidárního soužití osob spojených příbuzenstvím a zahrnující přinejmenším rodiče a děti.*“ (Jandourek, 2001, s. 206). Ale všichni senioři kolem sebe nemají rodinu a blízké osoby ochotné v případě potřeby pomoci. Součástí společnosti jsou i staří lidé, kteří jsou bezdětní, osamělí, odmítnutí rodinou či s rodinou dysfunkční. Také velké vzdálenosti bydliště ztěžují vzájemnou pomoc. K charakteristikám současné společnosti patří mj. i dobrovolná bezdětnost. Důsledky tohoto společenského fenoménu ve vztahu ke stárnoucí společnosti budou patrné v budoucnosti. I uvedený fakt patří mezi důvody, proč je při péči o seniory nevyhnutelná pomoc ze strany státu a dalších subjektů.

Vzájemný vztah dospělých dětí a jejich stárnoucích rodičů prochází vývojovými proměnami. Je ovlivněn do značné míry rovnováhou/nerovnováhou vzájemné nezávislosti a solidarity. Rovnováha poskytování a přijímání pomoci může být narušena v důsledku závažného dlouhodobého onemocnění a narůstající nesoběstačnosti seniora. To má za následek asymetrii vzájemného postavení. Zatímco dosud spíše poskytovali větší podporu rodiče potomkovi, se zhoršováním zdravotního stavu a přibýváním nesoběstačnosti seniora se generační tok podpory proměňuje. Dospělé děti tak poprvé v životě získávají ve vztahu ke svým rodičům dominantní postavení.

Rodinná péče v ČR pokrývá většinu potřeb starých lidí. Motivací k péči o svoje staré rodiče, je většinou citová vazba a snaha oplatit jim jejich lásku a péči.

Péče o seniory v domácím prostředí je (dle délky a intenzity trvání):

- *krátkodobá* - může být intenzivní, ale s perspektivou zlepšení stavu: akutní nemoc, úraz, péče v rekonvalescenci po návratu z nemocnice,
- *intermitentní* - např. pravidelné návštěvy s praktickou pomocí,
- *dlouhodobá či trvalá* - už je náročnější – často velmi náročná (čas i síly pečujících), někdy se řeší i možnost sestěhování; aktuální se stává zejména téma využití terénních sociálních služeb.

Překážky v rodinné péči (objektivní překážky na straně pečujících, ale i tak na straně seniora).

Na straně pečujících:

- závažná nemoc pečujících,
- nevyhovující bydlení,
- vysoká zaměstnanost žen,
- závažné ekonomické důvody,
- problematické nebo vážně nemocné dítě.

Překážky na straně seniora:

vážná nemoc s příliš velkými nároky na pečování a osobnostní rysy seniora.

Kromě uvedených překážek to může být i neovládnutí schopnosti pečování, ale problematická historie rodinných vztahů. Péče o staré rodiče může být však zdrojem konfliktů s partnerem.

Pokud je plnění různorodých požadavků s ohledem na časové možnosti a síly pečujícího nadměrné, narůstá jeho vyčerpání, stres, pocity nespokojenosti. Toto může vést k nárůstu pocitů viny a vlastní neschopnosti. Výsledkem neovládnutí situace mohou být u pečujících až pocity nenávisti, které mohou vyústit i ve špatné zacházení.

Rizika pro dlouhodobě pečující osoby:

omezení sociálních kontaktů

- nutnost změny nebo opuštění zaměstnání,
- změny denního režimu,
- změny v soužití ve vlastní rodině,
- omezení osobního rozvoje,
- nutnost naučit se technicky zvládat pečování,
- protrahovaný stres,
- zhoršení fyzického a psychického stavu pečujících,
- syndrom vyhoření, ale i
- chudoba v produktivním i důchodovém věku.

Pokud nelze zajistit domácí péči, je nutno najít pro seniora vyhovující pobytové zařízení.

V případě, že péče o seniora v rodině není možná, měl by mít starý člověk alespoň psychickou podporu, měl by vědět, že se jeho blízcí snaží zajistit mu vdané situaci co nejlepší dostupnou péči.

Senior s omezenou soběstačností může zůstat v domácím prostředí jen tak dlouho, dokud je to pro něho a pro jeho okolí bezpečné.

Většina rodinných pečujících jsou ženy, nejčastěji dospělé dcery. Tyto rovněž vykonávají každodenní práci, jednají s institucemi a více než muži poskytují emoční podporu. Ženy obtížněji kombinují péči o blízkou osobu a zaměstnání (viz tzv. *sendvičová generace*, kap. X). Mužům jsou zpravidla vymezeny spíše nárazové aktivity. Kvůli svým starým rodičům se však muži nevzdávají zaměstnání, na rozdíl od žen.



Závěr



SHRnutí KAPITOLY



CVIČENÍ

Seniorská populace je výrazně různorodá (heterogenní)-liší se: věkem, zdravotním

KORESPONDENČNÍ ÚKOL 1

Četbou: Rabušic, L. *Stárnutí populace jako pohroma nebo jako sociální výzva? (Zamyšlení nad některými souvislostmi populačního stárnutí)*. Praha: VÚPSV, 2002. a Šmausová, G. 2004. „Věková struktura společnosti.“ S. 13–28 in Sýkorová, D., Chytil, O. (eds.) *Autonomie ve stáří. Strategie jejího zachování*. Boskovice: František Šalé – ALBERT, 2004.)-objasněte následující tvrzení- **Stáří je sociální konstrukce.**



KORESPONDENČNÍ ÚKOL

Vyberte si jednu z výše uvedených nejzávažnějších životních změn ve vyšším věku na příkladech seniorů/seniorek ze svého okolí objasněte.

9 FORMY PŘÍPRAVY NA STÁŘÍ. DRUHÝ ŽIVOTNÍ PROGRAM. AKTIVITA A SPOLEČENSKÉ KONTAKTY SENIORŮ. FORMY A ALTERNATIVY AKTIVNÍHO STÁŘÍ

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Současní senioři, oproti minulosti, jsou lidé v plné životní síle, relativně zdraví, vzdělaní a relativně finančně nezávislí. Mnozí z nich očekávají od seniorského věku pokračování života v jeho plnosti, nepočítají, že by se jakkoliv stáhli do ústraní, přerušili svůj společenský život apod.

CÍLE KAPITOLY



Po prostudování této kapitoly byste měli být schopni:

- vymezit tzv. druhý životní program,
- identifikovat faktory aktivního stárnutí,
- charakterizovat jednotlivé etapy přípravy na stáří,
- rozpoznat přínos aktivního stárnutí.

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Aktivní stárnutí, druhý životní program, příprava na stáří



Odhad času potřebného ke studiu:

Potřebný čas na osvojení si poznatků první kapitoly odhadujeme na 40 minut.

VÝKLADOVÁ ČÁST

Aktivní stárnutí a stáří bylo poprvé (koncem 90. let 20. století) definováno Světovou zdravotnickou organizací. Jednalo se o reakci na problematiku celosvětového stárnutí populace.

V této souvislosti vznikl projekt s názvem „Výměna zkušeností a know-how v oblasti aktivního stárnutí a zaměstnanecké politiky vůči pracovníkům starším 50 let“.

Jedná se o koncept přístupu ke stáří a seniorům, který vychází ze zásad Organizace spojených národů pro seniory a vyjadřuje potřebu změny v přístupu k otázkám začleňování seniorů do společnosti. Podstatou této změny je prohloubení vztahu široké společnosti k seniorům ve smyslu respektování a prosazování jejich práv a hodnot, jako jsou nezávislost, důstojnost, účast na životě společnosti a seberealizace. Má-li být stárnutí pozitivní zkušeností, pak delší život musí být provázán s rovnými příležitostmi ke zdraví, účasti a bezpečí všech lidí. Aktivní stárnutí proto odkazuje k takovému přístupu k jednotlivcům i skupinám, který umožňuje naplňování potenciálu jejich fyzického, psychického i sociálního blahobytu v průběhu života a začleňování do společnosti dle jejich potřeb, přání a možností, a který zároveň umožňuje poskytování ochrany, bezpečí a péče těmto lidem. Slovo „aktivní“ zde odkazuje k přetrvávající participaci na společenském, ekonomickém, kulturním, duchovním i občanském dění, nejen ke schopnosti být fyzicky aktivní či být součástí pracovní síly.

Pojem **aktivní stárnutí a stáří** byl v rámci tohoto projektu definován jako „slovní spojení, které označuje progresivní přístup ke stárnutí a starým lidem. Zakládá se na principech solidarity, respektu k individualitě a jedinečnosti. Jeho cílem je zajistit vysokou kvalitu života i v pozdním věku a především prohloubit poněkud pohmožděný vztah mezi generacemi. Základním stavebním kamenem aktivního stárnutí je inkluze, společenské zapojení a především právo na něj v každém věku. V současné době se dá o aktivním stárnutí mluvit jako o evropské strategii přípravy na stárnutí její populace.“



KONTROLNÍ OTÁZKA

Zkuste se zamyslet nad rozdílem druhý životní program a náhradní životní program

Druhý životní program

Odchod do důchodu by neměl být odchodem z aktivního života, ale právě naopak. Lidé v důchodu by měli mít aktivity, uplatnění, jinak snadno ztratí cíl, ke kterému by ve svém životě mohli směřovat, který by je motivoval a bez něhož by život postrádal smysl.

Soubor aktivit plánovaných na stáří či období starobního důchodu označuje H. Haškovcová (2010, s. 175) jako **druhý životní program** a uvádí, že je potřeba jej individuálně vystavět a přijmout, jelikož jeho cílem je vyplnit čas, ve kterém už nelze dělat to, co dosud. V období starobního důchodu má senior k dispozici relativně velké množství volného a především nestrukturovaného času. Kombinace biopsychosociálního stárnutí a jeho projevu s nárůstem volného času může být pro seniora nebezpečná v tom smyslu, že „v důchodu má člověk čas pro sebe, nemusí téměř nic, ... najednou zjistí, že zdraví už mu neslouží tak, jak by si

přál, má málo peněz na koníčky, které by chtěl dělat, chybí mu lidé, na které byl celý život zvyklý a pak je zklamaný a otrávený“.

K ZAPAMATOVÁNÍ



Proces přípravy na stáří má několik fází vzájemně se od sebe lišících obsahem a délkou. H. Haškovcová (2010) vymezuje tři etapy přípravy na stáří:

- dlouhodobou,
- střednědobou,
- krátkodobou.

Dlouhodobá příprava je celoživotní tvorba postojů ke stárnutí a stáří. Doporučuje se, aby byla integrální součástí všech výchovných a vzdělávacích programů pro různé věkové kategorie bez výjimky. Významnou roli sehrává i vlastní edukace seniorů.

Střednědobá příprava na stáří by měla začít ve středním věku.

Její součástí jsou především následující oblasti:

- zdravý životní způsob-za účelem udržení si soběstačnosti do co nejvyššího věku,
- psychická adaptace spojená s přijetím vlastního stáří, jakožto nedílné součásti života,
- udržování a systematické rozvíjení lidských a všestranně nosných vztahů v rámci rodiny i společnosti.

V. Pacovský a H. Heřmanová (1981) považují v rámci přípravy na stáří za nejobtížnější (ale i nejdůležitější) věkové rozmezí mezi čtyřicátým a padesátým rokem věku. Podle uvedených autorů střední věk rozhoduje o tom, jak bude stáří člověka vypadat.

V této době dochází k největším změnám ve všech složkách životního stylu člověka a právě v uvedeném životním období by se člověk měl začít připravovat na možné zdravotní obtíže, po padesátém roce věku by měl zahájit také přípravu na změnu svého pracovního a ekonomického statusu.

Krátkodobá, předdůchodová etapa přípravy by měla začít asi tak tři až pět let před odchodem do starobního důchodu. Má svůj specifický obsah, který se bezprostředně váže na charakter životní změny, kterou penzionování představuje. Do přípravy na stáří je třeba

zahrnout nejen procesy psychické a sociální adaptace, ale také pragmatické plánování např. v oblasti bydlení a vybavení domácnosti.

Jaké jsou reálné **možnosti vzdělávání seniorů** v České republice?

Podle N. Špaténkové (2015) se senioři se mohou **účastnit běžných vzdělávacích aktivit** určených pro širokou veřejnost. Tyto kurzy ovšem nejsou primárně „seniorsky“ orientovány (např. akademie volného času nebo zájmové kurzy vzdělávání dospělých), což může pro seniorské účastníky představovat řadu úskalí a bariér.

Jinou variantu představují **aktivity cíleně zaměřené na seniory**, které by měly respektovat specifika a metodické zásady vzdělávání seniorů. Nesmíme zapomínat také na to, že jednou z forem vzdělávání je i **sebevzdělávání** (např. četba odborné literatury).

Do edukace seniorů se zapojují nejrůznější instituce, které tak pomáhají seniorům adaptovat se na novou životní situaci, ve které se ocitají odchodem do důchodu, a pomáhají prohlubovat jejich vědomí odpovědnosti za vlastní stáří a přispívají k získání a udržení pocitu užitečnosti a satisfakce starších osob. Vzdělávací kurzy určené pro seniory vytvářejí předpoklady pro setkávání lidí stejné generace, mají obvykle charakter osobnostního rozvoje, nikoliv přípravy na profesi. I když ani profesní vzdělávání nemusí být seniorům zapovězeno (Špaténková, Kryštof, 2010; Šerák in Kociánová et al., 2013).

Mezi **základní instituce** vzdělávání seniorů patří:

- univerzity třetího věku,
- akademie třetího věku,
- univerzity volného času,
- kluby seniorů.

Aktivní stárnutí a stáří ovlivňuje velmi mnoho významných faktorů, které lze rozdělit dle několika níže uvedených hledisek:

- z individuálního pohledu,
- z pohledu předchozích životních zkušeností v oblasti mezilidských vztahů,
- z inter-individuálního pohledu,
- z pohledu celkového zdravotního stavu,
- z pohledu ideologického klima,
- z pohledu pracovního trhu,
- z pohledu vzdělávání,
- z pohledu zkoumání faktorů ovlivňujících možnosti aktivního prožití života ve stáří.

Přínos aktivizace seniorů

E. Rheinwaldová (1999, s. 86) definuje aktivizaci seniorů způsobem, ze kterého je patrný také význam a přínos tohoto procesu ve vztahu ke starším a starým lidem.

Jedná se o:

- „*možnost uspokojení fyzických, psychických, duchovních a společenských potřeb,*

- *prevenci patologického chátrání (fyzického i psychického) a nezdravého stárnutí vyplývajícího z nezdravého životního stylu, kdy senioři neupřednostňují ve svém životě střídání pohybu a odpočinku, nestravují se zdravěji a přibývající nemoci přičítají stáří,*
- *péče o klienta, která směřuje ke zlepšení nebo alespoň k zabránění zhoršování jeho současného stavu (zaměření se a podpora silných stránek),*
- *motivaci k životu, kterému je dáván nový smysl a hodnota.“*

B. Dušková (2004, s. 54-55) v souvislosti s přínosem aktivizace seniorů uvádí, že „*důležitá aktivizace člověka přispívá k harmonii jeho tělesného a duševního potenciálu.*“



Závěr



SHRNUTÍ KAPITOLY

Příprava na stáří znamená „*školit se včas pro činnosti, kterým se chce člověk věnovat ve starobním důchodu ... posilovat odhodlání uzavřít vše, co je hotové a začít znovu*“.

Naše společnost nabízí prostor a možnosti pro realizaci činností po odchodu do starobního důchodu, ale jejich samotná realizace závisí na chtění každého jednotlivce

Aktivizace seniorů je přínosná nejen pro upevnění tělesných, duševních a spirituálních sil, včetně sociálních vztahů, ale i pro udržování nebo zlepšování soběstačnosti starých lidí, napomáhá seniorům k uvědomění si vlastní ceny a potřebnosti pro společnost či k upevnění schopnosti vyjádřit vlastní názor.

KORESPONDENČNÍ ÚKOL



S pomocí odborných zdrojů interpretujte minimálně čtyři výše uvedené faktory, které ovlivňují aktivní stárnutí a stáří.

10 SOCIÁLNÍ VAZBY VE STÁŘÍ, MEZIGENERAČNÍ VZTAHY. PROBLÉMY SOCIALIZACE OSOBNOSTI STARÉHO ČLOVĚKA, ZAČLENĚNÍ DO SOCIÁLNÍCH SKUPIN.



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Povinný prvek kapitoly.



CÍLE KAPITOLY

Po prostudování této kapitoly byste měli být schopni:

- vymezit tzv. druhý životní program
- identifikovat faktory aktivního stárnutí
- charakterizovat jednotlivé etapy přípravy na stáří
- rozpoznat přínos aktivního stárnutí.



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Aktivní stárnutí, druhý životní program, příprava na stáří



Odhad času potřebného ke studiu:

Potřebný čas na osvojení si poznatků první kapitoly odhadujeme na 40 minut.

VÝKLADOVÁ ČÁST

Stáří rovněž působí na rodinné vztahy. Během života ovlivňují vztah rodičů a dětí různá období potřeb vzájemné pomoci a podpory. Ve stáří, jako vývojové etapě, prochází vztahy mezi seniory a jejich dospělými dětmi další fází a mohou mít rozličné podoby.

Roli hraje prožité dětství, styl života mladší generace, zdravotní stav seniorů, ale také vzdělání a pohlaví členů obou generací.

Vzájemný vztah stojí především na emoční vazbě, která se tvoří a upevňuje během celého života. Emoční vazba má přímou souvislost s četností kontaktů a volbou vzdálenosti bydliště.

Tradiční vícegenerační model rodiny dříve plnil přímé ekonomické funkce. Jednotliví členové žili a pracovali v pospolitosti, především z důvodu obživy. S tím souvisela i fungující výměnná služba mezi generacemi, kdy děti i starci byli tolerovaní v rodinném i společenském prostředí. U dětí se počítalo s jasnou perspektivou pokroku a starým se pomáhalo s vděčností, která vycházela z již odvedené podpory a výchovy.

V současné době záleží na tom, zda jde o bydlení několika generací dobrovolné či okolnostmi vynucené, dlouhodobé nebo pouze dočasné. Při vícegeneračním rodinném soužití je velmi důležité vytvořit takové podmínky, aby měl každý člen zachovanou určitou míru-soukromí. Roli hrají též osobností rysy, umění odpustit a schopnost tolerance druhých osob. Na utváření dobrých vztahů v rodině může mít vliv předávání rad staršími generacemi, načerpanými životními zkušenostmi. Pokud jsou mladými kladně přijímané a patřičně podané, podporují pocit potřeby starého člověka. Někteří lidé dnes nesouhlasí se společným bydlením rodin sprarodiči. Mezi důvody patří podle sociologů např. časté konflikty, problémy a starosti, nutnost brát vzájemný ohled na ostatní. Prarodiče mnohdy v nevhodné míře zasahují do organizace domácnost mladé rodiny, přebírají zodpovědnost. Jejich nadměrná pomoc vede k neschopnosti osamostatnění se, ke špatnému fungování rodiny, k pohodlnosti, aj.

Vztahy mezi generacemi tak dostávají docela jinou podobu. V souvislosti s rozpadem manželských či partnerských svazků rodičů vstupují do rodin další členové ve věku prarodičů. Tyto změny mají potom za následek ztrátu pocitu zodpovědnosti dětí ke svým rodičům, která se logicky přenáší i na vnuky.

V dnešní době se často předpokládá, že zajišťování seniorů spadá do kompetence státu. Spíše než snižování ochoty jednotlivých rodin postarat se o nemocného seniora, se dnes mění podmínky, charakter a možnosti rodinných příslušníků pro poskytování péče. V popředí stojí většinou dlouhodobě přetrvávající vztahy s příbuznými, přáteli a sousedy.

Mezigenerační vztahy v rodině jsou charakterizovány ambivalencí: prožíváním vřelosti, blízkosti, lásky, porozumění, zároveň s frustrací, nespokojeností, zlostí. Při zhoršeném zdravotním stavu je nutná zvýšená péče o seniora. Je potřeba mu věnovat velké množství času. Péče bývá mnohdy velmi náročná a problematická. Taková péče bývá nazývána „neviditelná práce“. Pečující musí být neustále připraven cokoliv udělat, podat, připravit, vysvětlit atd. A v této souvislosti může dojít k oboustranné nevraživosti, či frustraci.

Rodina na seniora nazírá jako na „dítě“, které je zranitelnější, ale také náchylnější k manipulaci či výpadům. Objevuje se nebezpečí konfliktů, vzájemné nesnášenlivosti (viz kap.).

Senioři se nesmiřují snadno s intenzivní, pravidelnou či dokonce permanentní a časově neohrazenou pomocí dětí, zejména s elementárními činnostmi sebeobsluhy a osobní hygieny.

Tato změna postavení v nesoběstačnosti však může plodit i opačnou situaci, ve smyslu pasivity seniora, který často získává „druhotný prospěchů ze svého stavu. Nezřídka dochází k manipulaci seniorem, nebo také ke zvýšené závislosti (ovšem vyžadované).

Základní stavební jednotkou každé společnosti je rodina. Je primární a malou sociální skupinou zajišťující vývoj člena nové společenské generace. Rodina uspokojuje všechny důležité potřeby svých členů. Kromě základních životních potřeb uspokojuje i potřeby sociálního styku a komunikace, lásky, jistoty a vzájemné pomoci. „*Rodina také vytváří podmínky pro dosahování životních cílů, realizaci životní cesty a nalézání smyslu života. V rodině se dítě učí základním vzorcům chování a komunikaci s lidmi.*“ (Kopecká, 2015, s. 45).

Rodina je základní a nejvýznamnější sociální skupinou, v níž jsou všichni členové ve vzájemné interakci, vzájemně se ovlivňují a přizpůsobují, často neuvědoměle. Vágnerová (2012) zdůrazňuje, že rodina je osobně významným prostředím, které by mělo sloužit jako citové zázemí, jako **zdroj jistoty a bezpečí**.

Rodina je spojena výlučností svých vztahů, soužitím, sdílením přítomnosti, společných aktivit, ale i očekáváním a plánováním společné budoucnosti (Matějček, 1998, in Vágnerová, 2012).

Definice rodiny má mnoho podob. Lze říci, že se jedná o **společenství osob spjatých manželstvím či pokrevním příbuzenstvím, přičemž se zdůrazňuje, že rodina je zpravidla tvořena rodiči a jejich dětmi**, tedy tzv. *malá rodina*.

Od malé rodiny se liší tzv. *velká rodina*, kterou charakterizují tři nebo čtyřgenerační a dokonce i pětigenerační společenství pokrevních příbuzných. „*Určujícím prvkem je tedy pouto krve, k němuž se někdy přidružuje společné bydliště a společná práce v rámci rodiny.*“ (Haškovcová, 2010, s. 53).

V minulosti člověk, který měl velkou rodinu, hodně dětí a příbuzných, s nimiž se pravidelně stýkal, věděl, že ve dnech svého stáří a hlavně umírání nezůstane sám. „*Chcete-li, aby se o vás někdo postaral, až budete staří, sami se teď starejte o své nejbližší. Vaše děti to uvidí a budou to považovat za správné jednání.*“ (Jeřábek a kol., 2013, s. 11).

Rodinný život je dnes charakterizován různorodostí forem, jako jsou rozvody, opětovné uzavírání manželství, roztržité rodiny, jakož i jiné zdroje stresu, rodinné vztahy mohou být charakterizovány tzv. mezigenerační ambivalencí, která odráží rozpory ve vztazích mezi rodiči a jejich dospělými dětmi. I přesto mezigenerační vztahy v rodinách zůstávají silné a rodiny pokračují v plnění svých funkcí (Jeřábek a kol., 2013).

Mezigenerační vztahy

Sýkorová (2007) uvádí, že na kvalitě života ve stáří se podepisují i sociální kontakty a mezigenerační vztahy. Sami senioři připisují primárním sociálním vazbám naprosto zásadní význam. Mají tendenci rozvíjet jak kontakty a vztahy s dospělými dětmi a jejich rodinami, tak kontakty a vztahy s přáteli. Naopak s ostatními lidmi vztahy redukují.

Již v době starší dospělosti dochází k důležitému posunu v mezigeneračních vztazích. Pro staršího člověka je důležité kam a ke komu patří, jeho identita je tedy vázána na příslušnost k určitým lidem, sociální skupině a místu. Velmi důležitou složkou identity seniora je rodina, která je v seniorském věku ještě významnější, než byla dřív. Právě vztahy k dětem a vnukům mívají až charakter identifikace. Pro staršího člověka mají důležitý subjektivní význam dlouhodobé a spolehlivé vazby, které se mohou vytvořit především v rámci rodiny. Ve stáří narůstá právě hodnota citové jistoty a bezpečí, kterou mohou potvrzovat právě takové vazby. Senioři preferují právě kontakty se známými lidmi, které posilují jejich pocity jistoty. Jde především o rodinu, přátele a okruh známých (Vágnerová, 2008).

Blízké rodinné vztahy mají zásadní význam nejen pro kvalitu života seniora, ale i pro jeho zdraví. Senioři, kteří žijí ve spokojených rodinných vztazích, mají nižší ukazatele nemocnosti, vyšší ukazatele spokojenosti a nižší úmrtnost (Matoušek, 2003, in Jeřábek a kol., 2013).

Starší osoby jsou nejrychleji rostoucí věkovou skupinou. Tudíž je nutné se tématem stáří, potažmo stárnutím zabývat. Důležitou roli v této problematice hraje informovanost veřejnosti a to od nejútlejšího věku. Nezastupitelnou úlohu zde má rodina, její vzory chování a přístupu k vlastním seniorům. „Rozhodující skutečností, která utváří naše postoje k seniorům, je množství a kvalita kontaktů se starší populací v rodině v dětství a dospívání. Podpora této mezigenerační komunikace mezi juniory a seniory i mimo rámec rodiny může oběma skupinám přinést mnoho.“ (Tošnerová, 2002, s. 41).

Mezigenerační solidarita

S mezigeneračními vztahy úzce souvisí i mezigenerační solidarita, která je především o *soudržnosti rodin*.

Oblast citové solidarity zaujímá přední místo u samotných členů rodiny. Kuchařová (2002, in Jeřábek a kol., 2013) připomíná, že emocionální a psychická podpora je nejčastěji projevovaným a zároveň nejčastěji přijímaným druhem pomoci v rodině. Fungující emocionální vazby jsou nejen základem mezigenerační solidarity, ale působí pozitivně na duševní a fyzické zdraví jednotlivců, jsou prevencí proti depresím, jenž mohou zhoršovat zdravotní stav a podporují vůli k překonávání těžkých situací v nemoci a ve stáří (Harwood, 2007, Sýkorová, 2005, in Jeřábek a kol., 2013). Silné emocionální vazby, mezi které patří láska a oddanost jako zdroje vzájemné pomoci a péče, způsobují, že jednotliví členové rodiny mají tendenci chránit ty, s nimiž tyto vazby udržují.

V české společnosti obecně je výpomoc mezi generacemi hodnocena velmi kladně, avšak má nové podoby. Kuchařová (2002, in Jeřábek a kol., 2013) uvádí, že i když jsou dobré mezigenerační vztahy i vysoká frekvence setkávání a pomoci, preferováno je oddělené bydlení, kdy společné třígenerační soužití se vyskytuje spíše výjimečně.

Z výzkumu Možného (2004, in Jeřábek a kol., 2013) vyplývá, že v **české populaci existuje vysoká míra mezigenerační solidarity.**

Pojem solidarity má velmi široký záběr a je dosti těžké najít jedno komplexní uchopení tohoto fenoménu, protože existuje mnoho různých výkladů a pohledů na solidaritu. V čem

se však všichni mohou shodnout je latinský původ slova *solidare*, který v překladu znamená zpevnit (Jandourek, 2001, s. 233) a více či méně z tohoto významu slova vychází různé definice. V sociologickém slovníku se nachází vysvětlení pojmu solidarita jako: „*Pocit sounáležitosti u příslušného nějakého sociálního celku*,“ (Jandourek, 2001, s. 233).

Solidarita tedy vyjadřuje soudržnost, pospolitost, pevnost a oboustrannou podporu.

Koncept mezigenerační rodinné solidarity je podle Bengtsona (1991, s. 857) multidimenzionální konstrukt, který v sobě odráží 6 odlišných interakcí mezi rodičem a dítětem. Podle těchto interakcí rozlišuje šest prvků mezigenerační solidarity:

1. *Sdružující* (associational), která sleduje frekvenci a zorce interakcí v různých typech činností, kterými se členové zabývají.
2. *Náklonnostní* (affectual), která se věnuje typu a míře pozitivních citů rodinných příslušníků a míře jejich reciprocity.
3. *Konsenzuální* (consensual), která se zabývá mírou shody v hodnotách, postojích a názorech mezi členy rodiny.
4. *Funkční* (functional), která pozoruje stupeň pomoci a výměny zdrojů v rodině.
5. *Normativní* (normative), která zkoumá sílu závazku k výkonu rodinné role a ke splnění rodinné povinnosti.
6. *Strukturální* (structural), která sleduje struktury mezigeneračních vztahů odrážejících se v počtu, typu setkání a geografické blízkosti člena rodiny.

Rodina byla po dlouhou dobu jediným místem, kde se mohla projevit mezigenerační solidarita. Vychované děti, kterým do dospělosti či osamostatnění jejich rodiče poskytovali zázemí, finance a travu, jim začali tuto jejich péči vracet. V dnešní společnosti tuto pečovatelskou funkci do jisté míry naplňuje a zajišťuje sociální systém, ale i přesto zůstává rodina důležitým místem pro projev solidarity ve společnosti (Montoussé, 2005, s. 286–287]. Solidarita uvnitř rodiny byla dlouhou dobu změnami v moderní společnosti nedotčená a svou podobu si zachovávala (Možný, 2006, s. 233).

Při rozhodování o pomoci starším generacím nehrají roli žádné jednoduché sociálně diferencující determinanty jako například vzdělání, socioekonomický status či příjem.

Je intuitivně zřejmé, že kontakty a pomoc v rodině spolu vzájemně souvisejí. Sporný je však vztah mezi těmito dvěma dimenzemi rodinné soudržnosti. Na otázku, zda jsou vzájemné kontakty projevem či zdrojem rodinné solidarity, a tedy také poskytované péče, odpovídá Trusínová (2013, in Jeřábek a kol., 2013): analýza ukázala, že pravda je na obou stranách. Lze říci, že četnost kontaktů v minulosti do značné míry předurčuje zvolenou strategii poskytnutí péče seniorovi, přičemž minulé kontakty tvoří pouze součást kontextu. Ten je formován společně také citovou a normativní solidaritou rodinných členů.

Vztahy budované v rámci rodiny jsou obvykle první, nejintenzivnější a nejintimnější mezigenerační vazby, do kterých jedinci vstupují, ovšem nejsou zdaleka jediné. Stále častěji jsou hledány nové cesty, jak mezigenerační solidaritu pozitivně stimulovat i mimo rodinu.

Obecně se o těchto aktivitách hovoří jako o *mezigeneračních programech*. Jedná se o programy, ve kterých probíhá vzájemné učení a obohacování mezi mladší a starší generací. Mezigenerační programy si obvykle kladou za cíl působit preventivně proti vzniku

napětí mezi generacemi, mají zabránit věkové segregaci a rovněž sloužit jako zdroj historického vědomí o minulosti, přítomnosti i budoucnosti. V neposlední řadě mají umožnit také sdílení diverzity kulturních hodnot a životních stylů (srov. Peacock & Talley, 1984; Tice, 1985, in Aday a kol., 1993, in Štěpánková a kol., 2014). Mezigenerační programy by měly přispívat k rozvoji generační inteligence a pomáhat vychovat z dětí zdravé jedince akceptující své vlastní stárnutí, zlepšit postoje k seniorům a nepodléhat mýtům a stereotypům o stáří. V případě seniorů jsou cíle jejich zapojení do mezigeneračních programů především v posílení pocitu sociální angažovanosti, jež vede k vyšší životní spokojenosti. V rámci mezigeneračních programů dochází k výměně nejen znalostí a dovedností, ale i postojů a hodnot (Štěpánková a kol., 2014).



Závěr



SHRnutí KAPITOLY

KORESPONDENČNÍ ÚKOL



11 STAŘÍ RODIČE/PRARODIČE JAKO POSKYTOVATELÉ POMOCI A PODPORY. SENDVIČOVÁ GENERACE



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Povinný prvek kapitoly.



CÍLE KAPITOLY

Po prostudování této kapitoly byste měli být schopni:

- vymežit tzv. druhý životní program
- identifikovat faktory aktivního stárnutí
- charakterizovat jednotlivé etapy přípravy na stáří
- rozpoznat přínos aktivního stárnutí.



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Aktivní stárnutí, druhý životní program, příprava na stáří



Odhad času potřebného ke studiu:

Potřebný čas na osvojení si poznatků první kapitoly odhadujeme na 40 minut.

VÝKLADOVÁ ČÁST

S proměnou tradiční společnosti na moderní se změnila také sama rodina. Tyto změny měly dopad i na mezigenerační solidaritu uvnitř rodiny. Vedle manželských problémů patří rozpory mezi generacemi k nejčastějším sporům mezi lidmi vůbec (Jirásková et al., 2005). Velmi často se mluví o rozkladu rodiny, jak ji do té doby známe, a vzniká spousta osamělých domácností.

Na druhé straně však někteří autoři tvrdí, že rozpad vícegeneračního soužití a negativní dopady tohoto trendu jsou novodobým mýtem a že se rodina v tomto smyslu o moc neliší od rodiny v minulosti (Jedlička, 2004). Ačkoli je více rodin nukleárního typu než vícegeneračních soužití, tak mezi jednotlivými rodinami stále existují vzájemné a trvalé vazby. Skrze ty si pomáhají i na větší příbuzenské vzdálenosti. Například prarodiče pomáhají vnoučatům a později vnoučata prarodičům, ale změnily se aspekty rodinné soudržnosti (Matějček, Dytrych 1997). Poklesl význam rodinného vlastnictví, především půdy, která rodinu dříve velmi spojovala (Rabušic, 1996). Ekonomická pouta nahradily emoce a city ke svým blízkým (Montoussé, 2005, s. 286–287). S tím také úzce souvisí pojem tzv. *modifikované rodinné integrace*, kdy mezi jednotlivými částmi rodiny (nukleárními rodinami) jsou větší prostorové vzdálenosti, ale v rámci vztahů si stále udržují blízkost (Haškovcová, 1990). I přes větší rozptýlení jednotlivých částí rodiny, které snižuje četnost kontaktů a zároveň je i komplikuje, stále je pomoc starým či nemohoucím členům rodiny samozřejmostí

Jedním z důvodů, proč se změnily aspekty rodinného soužití, může být větší intence státu do těchto vztahů. Jelikož stát si vzal na svá bedra spousta z povinností rodin na sebe. Především jde o otázku pečování o starší členy rodiny (Kuchařová, 1996). Ačkoli tato změna může být zapříčiněna i změnou, která se udála na lékařské půdě, přičemž rodina nemůže svým starým členům zajistit tutéž kvalifikovanou pomoc, jaké se jim může dostávat ve zdravotnickém zařízení podporovaném státem. Sociální stát by se měl tedy s rodinou doplňovat, tam kde již není péče pro rodinu možná (Haškovcová, 1990). Takto se rodina zbavila části svých dřívějších povinností, které může přenést na stát, ale které se běžně v rámci rodinné solidarity praktikovaly, což může následně učinit křehčím společné pouto a soudržnost.

Jak uvedl Malý již v roce 2004, je ve světě trendem stabilizace rodiny a pokus o vícegenerační uspořádání rodiny „pod společnou střechu“. Členové rodiny si mohou vzájemně pomáhat, takové uspořádání rodiny je i ekonomicky výhodnější. Je zde podpora i péče o starého člena rodiny, takové uspořádání tedy podporuje mezigenerační solidaritu při péči o seniora. Rodiny však často žijí v příliš malém bytě, kde není možno vícegenerační uspořádání, proto je tedy problémem, aby se do bytu vešla jedna rodina.

V dnešní postmoderní době převládá silný individualismus, který říká „postarej se sám o sebe“. Futurologové předpovídají rozšíření nových typů rodin, které mohou být fragmenty tradiční vícegenerační rodiny, např. rodinu složenou z jednoho dítěte a jednoho rodiče, rodinu složenou ze dvou homosexuálních rodičů, rodinu s několika dětmi z různých manželství, rodinu, v níž se budou jen o děti starat prarodiče, protože rodiče budou zahlceni pracovní kariérou a třígenerační rodinu, v níž bude z každé generace jen jeden člen. Tyto nové

formy rodin budou klást na rodiče i děti nové nároky. Ve všech typech však bude stále prosvítat tradiční pravzor, univerzální vzorec je však mocný (Matoušek, 1997).

Mezigenerační pomoc je vždy reciproční, i když objem a podoba této podpory nemusí být nutně vyrovnaná. Svou roli však hraje i historický kontext, kdy v období socialismu panovala značná závislost mladé rodiny na rodině původu, na pomoci finanční i pomoci zajištění bydlení, a zejména ženy značně pomáhaly mladé rodině s péčí o děti. Toto intenzivní zapojení babiček do péče o vnoučata umožňovalo mladým ženám brzký návrat na trh práce a stalo se téměř očekávanou normou. V tomto kontextu někteří odborníci mluvili o nekončící rodičovské roli žen, která po výchově vlastních dětí pokračuje péčí o vnoučata. Vliv má i stále vzrůstající popularita aktivního stárnutí, slibujícího zachování životní spokojenosti navzdory stárnutí. Aktivní stárnutí se totiž ve svých zúžených prezentacích často omezuje na užívání si volnočasových aktivit a zapomíná, že cílem je podpora zapojení ve všech oblastech společnosti, tedy i rodině. Jít s vnoučetem do ZOO či na dětské hřiště tak není z hlediska aktivního stárnutí méně hodnotná aktivita než návštěva seniorského centra.

Prarodičovská role prochází v posledních desetiletích výraznou proměnou, která je podmíněna demografickou situací, tedy populačním stárnutím a s ním spojenými jevy.



KONTROLNÍ OTÁZKA

Zamyslete se nad konstatováním:

Zvyšující se naděje dožití znamená, že přestože se lidé stávají prarodiči ve vyšším věku, mohou si svou prarodičovskou roli užívat déle a typicky i v lepším zdravotním stavu. Menší počet dětí přináší i méně vnoučat, se kterými si proto mohou utvořit hlubší vztah.

„Prarodiče vnášejí do dětské duše vřelost. Svým vyprávěním spojují naše životy s předšlými generacemi, s rodinnou a společenskou historií. Tyto obrazy se vryjí do mysli na celý život.“ (Hauserová –Schönerová, 1996, s. 10).

Mnohé studie dokazují, že celoevropsky jsou prarodiče největšími neformálními poskytovateli péče o vnoučata. I když je jejich péče potřebná zejména v případě návratu matky do zaměstnání, četné studie ukazují, že péče o vnoučata přispívá k životní spokojenosti stárnoucích.

Konkrétní podoba prarodičovství je pak výrazně podmíněná jak kulturně, tak individuálními charakteristikami, zejm. věkem vnoučat, zdravotním stavem prarodiče a kvalitou vztahu s rodiči vnoučat. Obecně je však v Evropě prarodičovská role velmi ceněná. V Eurobarometru z roku 2012, což je výzkum postojů občanů EU realizovaný Evropskou komisí, uvedlo 82 % občanů EU27, že péčí o vnoučata starší lidé výrazně přispívají společnosti, a shodný podíl je přesvědčen o tom, že starší lidé hrají v rodině výraznou roli.

V českém kontextu získává představa „hlídací babičky“ ambivalentní obsah. Na jednu stranu poptávka i nabídka po „náhradních hlídacích babičkách“ ukazuje značný zájem o

tuto roli. Na druhou stranu nabývá až pejorativní nádech, neboť péče o vnoučata na plný úvazek je někdy chápána jako přílišné obětování se. Tato ambivalentnost je dána tím, že pomoc mezi generacemi je procesem neustálého vyjednávání mezi autonomií jednotlivých členů rodiny a vzájemnou potřebností a závislostí.

Prarodičem je v České republice 72 % mužů a žen ve věku 50–70 let (jak ukazují data z mezinárodního výzkumu SHARE, Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe 2010, a 60 % prarodičů svá vnoučata alespoň někdy hlídá bez přítomnosti rodiče. V evropském srovnání se nijak nevymykáme a patříme mezi průměrné pečovatele. Tato pomoc nabývá často značně intenzivní podoby, kdy 57 % českých prarodičů hlídá téměř každý den či téměř každý týden. Častějšími pečovatelkami jsou ženy než muži, rozdíl je však v podstatě nepatrný. Po důkladnější analýze je však zřejmé, že muži hlídají svá vnoučata, především pokud jsou ženatí, zatímco ženy bez ohledu na rodinný stav. Můžeme se proto domnívat, že v případě mužů jde obvykle o společnou péči manželského páru. Konkrétní náplň tohoto hlídání, situace, kdy může být o péči požádáno, stejně jako zda je hlídání iniciováno prarodiči či rodiči dítěte, je velmi individuální. Jde o výsledek vzájemného vyjednávání s ohledem především na věk vnoučete a podobu vzájemných vztahů. Hlídání může nabývat podoby každodenní několikahodinové péče v pracovní době matky stejně jako občasných výpomocí v nezbytném případě.

Významnou roli pro možnost hlídat vnoučata samozřejmě hraje i vzdálenost bydlišť obou generací. V období socialismu často praktikované vícegenerační soužití je v současnosti ojedinělé a už výše citovaný výzkum SHARE ukazuje, že přibližně tři čtvrtiny prarodičů bydlí do 25 km od svých vnoučat. Do péče o vnoučata se však zapojují i prarodiče žijící ve větší vzdálenosti, i když s menší pravidelností.

Prarodičovská role není jediná, kterou starší ženy a muži zastávají. Více než třetina z nich má žijící matku či otce, většinou s horším zdravotním stavem. Kromě hlídání vnoučat tak část starších mužů a žen pečuje o své rodiče či partnera. Zvyšující se věk odchodu do důchodu také přináší jejich delší participaci na trhu práce. Zdá se proto, že problematika tzv. „sendvičové“ generace se stále více týká nejen mladých žen vracejících se na trh práce, ale i žen v mladším seniorském věku.

Mezigenerační pomoc je vždy reciproční, i když objem a podoba této podpory nemusí být nutně vyrovnaná. Svou roli však hraje i historický kontext, kdy v období socialismu panovala značná závislost mladé rodiny na rodině původu, na pomoci finanční i pomoci zajištění bydlení, a zejména ženy značně pomáhaly mladé rodině s péčí o děti. Toto intenzivní zapojení babiček do péče o vnoučata umožňovalo mladým ženám brzký návrat na trh práce a stalo se téměř očekávanou normou. V tomto kontextu někteří odborníci mluvili o nekončící rodičovské roli žen, která po výchově vlastních dětí pokračuje péčí o vnoučata. Vliv má i stále vzrůstající popularita aktivního stárnutí, slibujícího zachování životní spokojenosti navzdory stárnutí. Aktivní stárnutí se totiž ve svých zúžených prezentacích často omezuje na užívání si volnočasových aktivit a zapomíná, že cílem je podpora zapojení ve všech oblastech společnosti, tedy i rodině. Jít s vnoučetem do ZOO či na dětské hřiště tak není z hlediska aktivního stárnutí méně hodnotná aktivita než návštěva seniorského centra.

Prarodičovská role prochází v posledních desetiletích výraznou proměnou, která je podmíněna demografickou situací, tedy populačním stárnutím a s ním spojenými jevy. Zvyšující se naděje dožití znamená, že přestože se lidé stávají prarodiči ve vyšším věku, mohou si svou prarodičovskou roli užívat déle a typicky i v lepším zdravotním stavu. Menší počet dětí přináší i méně vnoučat, se kterými si proto mohou utvořit hlubší vztah.

„Prarodiče vnášejí do dětské duše vřelost. Svým vyprávěním spojují naše životy s předšlými generacemi, s rodinnou a společenskou historií. Tyto obrazy se vryjí do mysli na celý život.“ (Hauserová –Schönerová, 1996, s. 10).

Mnohé studie dokazují, že celoevropsky jsou prarodiče největšími neformálními poskytovateli péče o vnoučata. I když je jejich péče potřebná zejména v případě návratu matky do zaměstnání, četné studie ukazují, že péče o vnoučata přispívá k životní spokojenosti stárnoucích.

Konkrétní podoba prarodičovství je pak výrazně podmíněná jak kulturně, tak individuálními charakteristikami, zejm. věkem vnoučat, zdravotním stavem prarodiče a kvalitou vztahu s rodiči vnoučat. Obecně je však v Evropě prarodičovská role velmi ceněná. V Eurobarometru z roku 2012, což je výzkum postojů občanů EU realizovaný Evropskou komisí, uvedlo 82 % občanů EU27, že péčí o vnoučata starší lidé výrazně přispívají společnosti, a shodný podíl je přesvědčen o tom, že starší lidé hrají v rodině výraznou roli.

V českém kontextu získává představa „hlídací babičky“ ambivalentní obsah. Na jednu stranu poptávka i nabídka po „náhradních hlídacích babičkách“ ukazuje značný zájem o tuto roli. Na druhou stranu nabývá až pejorativní nádech, neboť péče o vnoučata na plný úvazek je někdy chápána jako přílišné obětování se. Tato ambivalentnost je dána tím, že pomoc mezi generacemi je procesem neustálého vyjednávání mezi autonomií jednotlivých členů rodiny a vzájemnou potřebností a závislostí.

Prarodičem je v České republice 72 % mužů a žen ve věku 50–70 let (jak ukazují data z mezinárodního výzkumu SHARE, Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe 2010, a 60 % prarodičů svá vnoučata alespoň někdy hlídá bez přítomnosti rodiče. V evropském srovnání se nijak nevymykáme a patříme mezi průměrné pečovatele. Tato pomoc nabývá často značně intenzivní podoby, kdy 57 % českých prarodičů hlídá téměř každý den či téměř každý týden. Častějšími pečovatelkami jsou ženy než muži, rozdíl je však v podstatě nepatrný. Po důkladnější analýze je však zřejmé, že muži hlídají svá vnoučata, především pokud jsou ženatí, zatímco ženy bez ohledu na rodinný stav. Můžeme se proto domnívat, že v případě mužů jde obvykle o společnou péči manželského páru. Konkrétní náplň tohoto hlídání, situace, kdy může být o péči požádáno, stejně jako zda je hlídání iniciováno prarodiči či rodiči dítěte, je velmi individuální. Jde o výsledek vzájemného vyjednávání s ohledem především na věk vnoučete a podobu vzájemných vztahů. Hlídání může nabývat podoby každodenní několikahodinové péče v pracovní době matky stejně jako občasných výpomocí v nezbytném případě.

Významnou roli pro možnost hlídat vnoučata samozřejmě hraje i vzdálenost bydlišť obou generací. V období socialismu často praktikované vícegenerační soužití je v současnosti ojedinělé a už výše citovaný výzkum SHARE ukazuje, že přibližně tři čtvrtiny prarodičů bydlí do 25 km od svých vnoučat. Do péče o vnoučata se však zapojují i prarodiče žijící ve větší vzdálenosti, i když s menší pravidelností.

Prarodičovská role není jediná, kterou starší ženy a muži zastávají. Více než třetina z nich má žijící matku či otce, většinou s horším zdravotním stavem. Kromě hlídání vnoučat tak část starších mužů a žen pečuje o své rodiče či partnera. Zvyšující se věk odchodu do důchodu také přináší jejich delší participaci na trhu práce. Zdá se proto, že problematika tzv. „sendvičové“ generace se stále více týká nejen mladých žen vracejících se na trh práce, ale i žen v mladším seniorském věku.

Stále větší počet lidí středního věku se ocitá ve složité a leckdy skoro neřešitelné životní situaci naplňování několika těžko slučitelných rolí. K tzv. **sendwich generation** patří v současné době populace ve věku 40-60 let. Jsou to lidé středního věku, kteří zároveň chodí do zaměstnání, pečují o děti a starají se o staré rodiče (jsou jako náplň slisovaná mezi dvěma až třemi chleby – sendwitch). Díky společenskému a kulturnímu klimatu jsou vystaveni objektivně obrovskému tlaku.

Sendvičová generace - vícegenerační pečovatelé, ty tisíce lidí všude kolem nás, obětaví pečovatelé, kteří tvoří nedílnou součást naší společnosti, udržují rodiny pohromadě a naplňují tolik základních potřeb bez jakéhokoliv ocenění či uznání. Jejich role bereme jako samozřejmost a moc o nich nepřemýšlíme (Bertini, 2013).

Mnozí odborníci pojednávají o sendvičové generaci i v širších souvislostech. Hasmanová Marhánková (2011) píše o *sendvičové generaci jako o fenoménu, kdy osoba pečuje o ještě nesamostatné děti a již nesamostatné rodiče*.

Název „sendvičová“ vysvětluje Bertini (2013) jako pojem pro dospělé ekonomicky aktivní lidi středního věku. Srovnává je se sendvičem, kdy oni jsou právě tou náplní do sendviče mezi dětmi a rodiči, o které souběžně pečují.

Pojem sendvičová generace je užíván i pro rodiny, které se skládají ze tří generací. Podstatná je zde především mezigenerační podpora. Úžeji popisuje vymezení sendvičové generace Künemund (2006), dle něj se jedná o osoby pečující jak o potomky, tak o rodiče a tyto osoby zároveň mají stálé zaměstnání.

Faktory vedoucí k většímu počtu osob spadajících do sendvičové generace jsou podle Rotse (1998, s. 5) především:

- Dlouhověkost.
- Chronická onemocnění.
- Posouvání rodičovství na pozdější věk.
- Změna role ženy ve společnosti.

V současnosti můžeme pozorovat zcela jedinečný fenomén, kdy dnešní generace může mít stárnoucí prarodiče, rodiče, dospělé děti i vnoučata, vedle sebe tedy mohou existovat čtyři až pět generací, což pro ně znamená více péče, které je zapotřebí oproti dřívějším generacím.

„*Větší sandwich jako větší problém*“, kdy úkolů pro střední generaci přibývá:

- Vychovat děti a vyvést je z hnízda do dospělosti.
- Udržovat manželství (je-li ještě co).
- Profesionální kariéra, úspěchy a spokojenost.

- Partnerské genderové role (zda je spokojenost s rozdělením rolí v domácnost izda je vše rozděleno na ženské a mužské role, či se vše uzpůsobuje od aktuální situace v rodině.

Roots nabízí (1998) jako možná řešení pro usnadnění způsobu života, aby byla ujasněna role v domácnosti, kdy se členové rodiny sejdou a připraví si finanční plán, pokus o využití dostupných služeb v daném místě, dále je vhodné domluvit se na datu, kdy děti vyletí z hnízda (přestříhnout pupeční šňůru), je důležité respektovat soukromí, péči o rodinu, manželství, ale především sebe.

Samozřejmě role rodiče je ve většině případů pro život dítěte rozhodující, avšak i prarodič má svůj význam v životě vnoučete. Mnohdy přísnou výchovu dětí doplňují laskaví a tolerantní prarodiče, kteří nezištně a s nadšením podporují fantazie a sny vnoučat, brání je před špatnými zkušenosti a utěšují v případě neúspěchů. To, jak důležitou či podřadnou roli bude mít prarodič v životě vnuka, ovlivňuje zajisté i frekvence a intenzita setkání. Různí se tak vliv v rodině, kde sdílí jednu domácnost s prarodiči, anebo mají prarodiče stovky kilometrů daleko a vidí je několikrát do roka.

Solidarita mezi prarodiči a vnoučaty je na vysoké úrovni, tedy že si vzájemně obě strany pomáhají, přičemž současné skóre bylo stabilní více než 25 let [Bengtson2001].



Závěr



SHRNUTÍ KAPITOLY

Termínem sendvičová generace označujeme osoby, kterým hrozí, že jejich domácnost bude pečovat o osoby ze dvou různých generací – z generace jejich rodičů a z generace jejich dětí. **Sendvičová generace je považována jako potenciálně riziková.**

KORESPONDENČNÍ ÚKOL



12 AGEISMUS, TÝRÁNÍ SENIORŮ. MULTIPLICITA ZTRÁT VE STÁŘÍ



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Povinný prvek kapitoly.



CÍLE KAPITOLY

Po prostudování této kapitoly byste měli být schopni:

- definovat syndrom EAN,
- uvědomit si příčiny násilí na seniorech,
- uvědomit si příčiny ageismu,
- objasnit problematiku autonomie seniorů,
- rozpoznat typy pomáhajících.



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Odhad času potřebného ke studiu:

Potřebný čas na osvojení si poznatků první kapitoly odhadujeme na 40 minut.

VÝKLADOVÁ ČÁST

Senioři a násilí

Již v roce 2000 uvedla T. Tošnerová, že se s některou formou špatného zacházení se seniory můžeme setkat u 3 - 5 % starší populace, což v České republice představuje asi 60 000 konkrétních týraných starších osob. Problematika nevhodného zacházení s jedinci vyššího věku ze strany rodinných příslušníků i profesionálních pracovníků byla dlouho opomíjena.

Psychické (rizikové) změny ve stáří mohou zapříčiňovat výskyt domácího násilí, např. *rigidita* (strnulost) v myšlení, která se může projevat v samolibosti, názorové stagnaci, rutinizaci v stereotypním jednání, sklonem k egocentričnosti.

Zdravotní stav seniora může zásadním způsobem ovlivňovat seniorovy vztahy s okolím. Mezi zdravotní faktory ovlivňující vzájemné soužití se řadí např.:

- specifická „pomalost“ seniora, danou obtížemi při chůzi (ale i v myšlení),
- artróza,
- šedý zákal,
- nedoslýchavost aj.).⁵

Uvedené může znamenat určitá nebezpečí přístupu opatrovníka, či blízké osoby z důvodu netrpělivosti, vzájemného nepochopení daného rozdílnou intenzitou tělesné pohybu, či aktivit. Především tyto, ale i mnohé další zdravotní problémy mohou znamenat zvýšená rizika pro špatné zacházení se starým člověkem.

Problematika špatného zacházení se seniory je zahrnuta pod pojem **EAN**, tzn. **Elder Abuse and Neglect**.

K ZAPAMATOVÁNÍ



H. Vykopalová (2002, in Sýkorová K., 2005, s. 90) definuje syndrom EAN „*Je to násilí páchané na starých lidech a obecně zahrnuje fyzické, psychické nebo finanční a majetkové vykořisťování, ale i úmyslné odsouvání potřeb, neposkytnutí potřebné pomoci a péče.*“

Holmerová (2000, in Sýkorová K., 2005, s. 91-93) uvedla oblasti, ve kterých se můžeme nejčastěji setkat se zmiňovaným problémem.

- **Fyzické ubližování** – ubližování, týrání, násilí (bití, pálení-na těle se mohou objevit nežádoucí podlitiny nebo modřiny, popáleniny, škrábance aj.), vystavování seniorů nevhodným teplotám (přílišný chlad, teplo), ale i neposkytování tekutin, jídla, ne-

⁵ Je však důležité také zmínit, že za mnohé zdravotní problémy, kvůli kterým se poté mohou zhoršovat vztahy s okolím, si mohou senioři sami. Je to dáno např. kouřením (záněty, rakovina plic, či močového měchýře), nedobrou životním stylem, pitím alkoholu (může způsobovat např. poruchy paměti), nadměrným přejídáním (obezita, možná nesoběstačnost), nedostatkem pohybu, či nedostatečnou hygienou.

pravidelná a kaloricky nevyživná strava. U ležících pacientů jsou proleženiny, nedostatečné provádění hygieny, nepravidelná výměna oblečení, neposkytování vhodných léků, aj.

- **Psychologické ubližování** – verbální agrese, ponižování, zesměšňování, šikánování, opovrhování, sociální izolace. Uvedené se může projevit u samotného seniora, který žije ve svém sociálním prostředí, ale i u toho, který žije v ústavním zařízení. Jeho chování je pak bázlivé, dokonce se stává, že přestává s okolím komunikovat. Častým znakem je uzavřenost, schoulenost – vtažení do sebe. Měli bychom si všimnout jeho neverbálního projevu. Samotný senior má i obavu se sám projevit. Většinou za něj jedná jeho rodina. Verbální projev u něho je omezený, často se jedná o jednoslovné odpovědi.
- **Ekonomické zneužívání** – v této formě hrají prioritu vlastní finanční prostředky seniora. Předmětem zájmu bývají celoživotní úspory, starobní důchody, ale i hmotný majetek seniora.
- **Sexuální zneužívání** – většinou je páčán na ženách a může se projevovat i v kombinaci psychického a fyzického týrání.
- **Zanedbávání** – nejvíce objevující se forma, s níž se můžeme setkat. Zneužívá se vlastního oslabeného postavení seniora ať po stránce fyzické, tak po stránce psychické.

V kontextu syndromem EAN se setkáváme se dvěma vyskytujícími se jevy domácího násilí u seniorů:

- **partnerské násilí** - (pachatelem je manželka nebo manžel, družka nebo druh),
- **transgenerační násilí** – (prarodiče nebo vnoučata, rodiče nebo děti).

Senioři mnohdy omlouvají své pečovatele, stydí se např. za své děti K. Thelenová (2010, s. 70) poukazuje i na situaci špatného zacházení personálu se seniorem v ústavním zařízení ve spojitosti se syndromem vyhoření.



KONTROLNÍ OTÁZKA

Víte, jak byste reagovali při podezření na týrání seniora?

Doporučení

Pokud je přítomno podezření na týrání seniora, je důležité netraumatizujícím způsobem zjistit od jedince co nejvíce informací. Tělesný i psychický stav by měl být zdokumentován, měly by být pořízeny fotografie zranění. Pokud senior potvrdí týrání, měla by být tato situace vhodně řešena (např. okamžitým umístěním do domova pro seniory). Pokud senior týrání popírá, zdravotnický, resp. sociální pracovník by mu měl poskytnout informace o možném řešení.

Ageismus nebo také **věková diskriminace** (z angl. age = věk, stáří) byla objasněna Vidovičovou a Rabušicem (2005, s. 5) jako jeden z předních pojmů, který se v sociální politice objevuje již více než 40 let. První zmínky pochází z konce šedesátých let minulého století ze Spojených států amerických. Věková diskriminace zasahuje do společenského klimatu, dále kulturního, ale v neposlední řadě individuálně - psychologického.

DEFINICE



V roce 1968 tento jev prezentoval ředitel amerického Národního institutu pro stárnutí Butler (1975, in Vidovičová a Rabušic, 2005, s. 5). Představil ageismus takto: *„Ageismus můžeme chápat jako proces systematického stereotypizování diskriminace lidí pro jejich stáří,Stáří lidé jsou kategorizováni jako senilní, rigidní ve svém myšlení, způsobech, staromódní v morálce a dovednostech...“*.

Giddens (1999, in Vidovičová a Rabušic, 2005, s. 6) upozorňuje, že: *„Ageismus je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu manifestovaná skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku a, nebo na jejich příslušnosti k určité generaci“*.

Autoři Vidovičová a Rabušic (2005, s. 7) se ztotožňují v tom, že věk nemůžeme ve své podstatě samostatně ovlivnit. Stejně je tomu u pohlaví, rasy. Také stárnutí je biologicky podmíněno. Samotné stáří se musí přizpůsobit vývojovým změnám, které ovládá čas. Jen tak může ve společnosti dojít k výměně rolí. Ten, kdo dříve diskriminoval, se může dostat do role diskriminovaného. Můžeme konstatovat, že věková diskriminace se dotýká každého jedince, který nezemře předčasně.

K ZAPAMATOVÁNÍ



Ageismus systematicky, na institucionální i individuální úrovni, stereotypizuje a diskriminuje lidi na základě věku. Znamená omezení sociálních rolí a znehodnocení statusu seniorů, strukturuje očekávání druhých vůči nim, odpírá jim rovné příležitosti a v mnoha ohledech pak snižuje jejich životní šance (Sýkorová, 2007).

Zdroje ageismu.

Ageismus jakožto diskriminace starých lidí vychází z celé řady předsudků, stereotypů a mýtů os eniorech (viz kap. X), ale i z celospolečenských trendů.

Za nejvýznamnější zdroje ageismu jsou považovány:

- Demografická panika.
- Strach ze smrti – není přijímána jako přirozená a nevyhnutelná součást lidského života, naopak, toto téma je tabu.
- Kult mládí – důraz na mládí, fyzickou krásu .
- Důraz na výkon, produktivitu.
- Staří lidé jsou prezentováni jako ekonomické břemeno, přítěž společnosti a odchodem do starobního důchodu jsou devalvováni.
- Obecná devalvace tradic.
- Mladá generace ztrácí vědomí kontinuity všech generací – vytrácí se vícegenerační soužití.
-

S ageismem se můžeme setkat v různých formách. Patří sem např. ztráta společenské prestiže. Dříve se ke starcům vzhlíželo jako k nositelům moudra a zkušeností.

Prvky ageismu se objevují nejčastěji v těchto oblastech:

- Občanství - staří lidé bývají vnímáni jako lidé „druhé třídy“.
- Trh práce a důchodový systém - žádání o předčasný důchod z důvodu možné nezaměstnanosti (vyšší u starších osob).
- Zdravotnictví.
- Sociální systém.
- Média – „pokřivený“ obraz stáří. Vytěšňování a ignorace seniorů zvláště na televizní obrazovce; nepatřičné vtipy o seniorech. Sýkorová (2007b, s. 52) uvádí, že s ageismem se můžeme setkat i v jazyce, literatuře, médiích. Staří lidé jsou pak označováni za „babičky“, „dědečky“, „stařečky“, „starěnky“, ale také „starými bábami“, „plesnivými dědky“ aj.

Na místě by mělo být stále oslovení „paní“, „pane“. U pečujících profesí by měl platit neustálý respekt a úcta ke starým lidem, mělo by se dbát o to, aby nedocházelo ani k neúmyslné věkové diskriminaci.

KONTROLNÍ OTÁZKA



Alternativně prostor pro úlohy k textu, které je nutno řešit ihned, protože pomáhají dobrému pochopení následujícího učiva.

Ageismus se projevuje odmítáním, podceňováním až odporem ke starým lidem.

Z ageismu vyplývá i tendence staré lidi izolovat, aby nepřekáželi a nezdržovali. Staří lidé mají v tomto pojetí nízký sociální status, jsou jim přičítány převážně negativní osobní vlastnosti a nízké kompetence.

Když se hovoří o ageismu, nesmíme zapomínat na **staré ženy**. Moen (1996, in Sýkorová D., 2007b, s. 51) tvrdí, že diskriminace se projevuje ve větší míře u žen. Vychází z poznatků genderové studie placené práce žen, která je v porovnání s muži nižší.

Skopalová (2005, s. 66-68) říká, že ženy mnohdy přebírají novou roli v péči o domácnost svých zaměstnaných dcer i snach, ale také se stávají pečovatelkami o rodinné příbuzné. Tyto ženy, i když již nejsou v pracovním poměru, se dostávají do nové role tzv. „pomocnic“. Nová role bývá pro ně samotné často zátěží, protože jsou ve věku, kdy potřebují odpočinek. Ne zřídka vede vzniklá situace k sociální izolaci.

Bohužel problémy starých, osamělých žen, nebyly nikde vyslyšeny ani řešeny.

Ageismus – může mít různé formy diskriminace. Kalvach s Onderkovou (2006, s. 10) se zaměřují na tyto jevy:

- **zdravotnictví** – odpírání nákladnější léčby (jako důvod je uváděn věk),
- **myšlenkové stereotypy** – projevující se v chování a jednání vůči starým lidem,
- **odebírání kompetencí** – nerespektování vlastních rozhodovacích možností,
- **nerespektování** samostatné osobnosti.

Příznaky na podezření z týrání a zanedbávání starého člověka:

- Stesky na týrání (ne časté).
- Opakované nejasné pády a úrazy (u seniorů mohou být i ze zdravotních důvodů – nestabilita, dekontrace. a.j.).
- Podlitiny, popáleniny nezvyklé typem či umístěním (např. stopy prstů).
- Malnutrice, dehydratace bez vysvětlující choroby.

- Špatná hygiena a známky nedostatečné péče.
- Vyhýbání se kontaktu s pečovatelem.
- Izolace, neochota mluvit otevřeně.
- Nejasné změny chování.
- Úroveň péče neodpovídá majetku a finanční situaci seniora.
- Změny závěti, náhlé přesuny finančních prostředků.

Ve společnosti se stále ještě vyskytuje určitý stereotypní vzorec vnímání potřeb starých lidí. Často se domníváme, že stáří s sebou přináší nějaké speciální potřeby, jež se u ostatních věkových skupin populace nevyskytují nebo naopak máme tendenci redukovat potřeby seniorů na úroveň základního fyziologického a materiálního zajištění. Ovšem je zapotřebí si uvědomit, že struktura potřeb starých lidí je stejná, jako u všech ostatních příslušníků společnosti, tyto potřeby jsou neoddělitelné a vzájemně propojené do jednoho celku. Jedna z těchto univerzálních potřeb je ve vyšším věku ohrožena více než v dřívějších fázích života. Je jí právě potřeba uznání, projevené úcty a přiznané hodnoty. Zaznamenané projevy věkové diskriminace a ageismu vůči jednotlivci či vůči seniorům jako skupině jsou projevem porušení tohoto práva a pocitováním nedostatku jeho zajištění (Štěpánková a kol., 2014).

Ageismus jako pojem používaný pro označení nepřátelství agresivního chování vůči starým lidem nemá český ekvivalent. Někdy bývá též vysvětlován jako averze vůči starým lidem i všemu, co stáří připomíná. Je zapotřebí si ale uvědomit, že ageismus není pouze jednosměrný. Někteří autoři poukazují na to, že i sami senioři jsou pod silným vlivem ageismu, jelikož i oni sami přebírají stereotypy, které jim o stáří nabízí mladší generace a nezdá se s nimi identifikují. V praxi se tento fakt projevuje výraznou ambivalencí v hodnocení vlastní situace – i když jsou senioři spokojeni a žijí aktivně, domnívají se, že nežijí dobrý život (Haškovcová, 2010).

Jak uvádí Tošnerová (2002), je zapotřebí si uvědomit, že generace 55+ je nejen zdravější než si myslíme, ale dožívá se delšího aktivního věku než předchozí generace, zapojuje se daleko více do dalších aktivit - senioři začínají další kariéru, vedou společnosti, věnují se uměleckým činnostem, cestují, chodí do vzdělávacích kurzů, škol a předávají svou profesi i zkušenosti ostatním. Důležitým krokem k předcházení či redukování ageismu je podpora častějšího

a aktivnějšího osobního kontaktu adolescentů se staršími lidmi. K tomuto účelu byla vyvinuta řada mezigeneračních programů, které prospívají oběma stranám.

Ztráta je bezesporu jednou z univerzálních lidských zkušeností – každý z nás někdy zažil nějakou **ztrátu**.

Ztrátu můžeme vymezit jako náročnou životní situaci, která je charakterizována dlouhodobým, ale především ireverzibilním (*nezvratným*) odloučením od signifikantního (*významného*) objektu nebo funkce.

Ztráty k našemu životu patří.

Lidský život je plný rozmanitých ztrát - nepřetržitého hledání, ztracení a nalézání.

Rozhodující význam pro prožívání události jako životní ztráty má emocionální vazba jedince ke ztracenému objektu – člověku, předmětu nebo činnosti. Jakákoliv ztráta může být precipitorem krize.

Krize může mít tyto příčiny:

- ztráta
- volba
- změna

TYPOLOGIE ZTRÁT

- **Materiální ztráty**
- **Vztahové ztráty**
- **Intrapsychické ztráty**
- **Funkcionální ztráty**
- **Rolové ztráty**
- **Systémové ztráty**

Ztráta **materiálního objektu** nebo známého **prostředí**, ke kterému má jedinec významný vztah, např. v důsledku:

- Krádeže
- Požáru nebo povodně
- Nepozornosti nebo zapomnětlivosti
- Rozpadu domova (*rozvod, rozchod*)
- Opuštění domova (*stáří, nemoc, postižení*)
- Opuštění domova nebo země (*politické pronásledování, válka, přírodní katastrofa apod.*)
- Smutek se nevztahuje pouze ke ztracenému objektu, ale zahrnuje také energii, city (*lásku*), peníze a další investice do tohoto objektu
- Určité věci jsou symbolem něčeho
- Zahrnuje řadu jiných ztrát, např. *ztrátu minulosti, ztrátu pocitu bezpečí* apod.

Funkcionální ztráta

Určitá pohybová, neurologická nebo jiná systémová ztráta **funkcí těla**, ať už způsobená úrazem, onemocněním nebo involučními procesy ve stáří.

Pozitivní civilizační změny a pokrok lékařské vědy přináší nové lékařské, psychologické a sociální problémy - lidé přežívají s těžšími defekty, žijí s nemocemi, na které by ještě před několika lety zemřeli, prodlužuje se délka lidského života

Zhoršení **kvality života**, ztráta pohyblivosti a soběstačnosti, nezřídka závislost na jiných lidech, změna očekávání a autonomie daného jedince, představují obvykle **hrozbu, omezení** (ne-moc, nemožnost), **náročnou životní situaci, krizi, havárii na životní dráze**, neplánovaný zásah do životních plánů, nutí k nějaké změně, většinou směrem k nepředpokládané, nouzové variantě se zhoršenými a omezenými podmínkami.

- Změna osobní identity;
- Změna prostoru, v němž se jedinec pohybuje;
- Změna sociálních rolí, které zaujímá;
- Změna v souboru osob, které mohou poskytovat sociální oporu;
- Změna perspektivy – co může jedinec a jeho rodina od budoucnosti očekávat.

Vztahová ztráta

Ukončení možnosti komunikovat, být v kontaktu, mít společné zážitky apod. s určitou osobou (*manželem, partnerem, rodičem, dítětem aj.*). Např. rozvod, rozchod, smrt, závažné funkcionální změny, změna bydliště nebo školy apod.

Smrt manžela/partnera je sice „obvyklou“ zátěží, která patří ke stáří, ale zejména v pokročilém věku je tato ztráta snad nejvýznamnější rizikovou situací

Přírozené reakce na vztahové ztráty (např. na smrt partnera) - je zármutek, mnohdy spojený s tendencí ke společenské izolaci, různé somatické reakce (tyto mohou být i důsledkem zátěže spojené s předešlým pečováním o umírajícího), poruchy spánku, pocity smutku (nejvíce o různých výročích a svátcích).

Intrapsychická ztráta

Tzv. „neviditelné“ ztráty, např. *ztráta naděje, ztráta očekávání* od:

- sebe,
- druhých lidí,
- druhých lidí od nás, např. *narození postiženého dítěte, „excesy“ dítěte, odhalení nevěry...*

Rolová ztráta

Ztráta sociálních rolí nebo místa v sociální síti, např. *ztráta zaměstnání (nezaměstnanost), odchod do důchodu, změna pracovního zařazení, sňatek, rozvod...*

Všechny ztráty mohou být:

- **Uvědomované** (*dotyčný o nich „ví“*) nebo
- **neuvědomované** (*nejsou zpracované, „odtruchlené“ a jako takové jsou zdrojem úzkosti a problémů ve vytváření vztahů k novým objektům*).
- **Vnější** (*např. vyhoření domu*) nebo
- **vnitřní** (*např. ztráta naděje, očekávání, ztráta důvěry*).
- **Časově přiměřené** (*z hlediska obvyklé, „normativní“ posloupnosti životních ztrát v individuálním vývoji jedince*) nebo
- **časově nepřiměřené** (*např. smrt malého dítěte, ovdovění v mladém věku, předčasný odchod do důchodu apod.*).

Reakce na ztrátu:

Každá z výše uvedených těchto ztrát vyvolává příslušnou reakci – **smutek**.

Smutek je normální a přirozená reakce na ztrátu. Čím byla vazba jedince ke ztracenému objektu intenzivnější, tím výraznější, intenzivnější a delší jsou projevy smutku.

Smutek ale není jediná emoce, která je v souvislosti se ztrátou prožívána. Nezřídka je to celá konfliktní záplava nejrůznějších (*často i protichůdných*) emocí (*např. hněv, vztek, úleva, vděk apod.*)

Postupně, když vychází najevo, že „*život už nikdy nebude stejný jako dřív*“, se může objevit až zoufalství, deprese či rezignace.

Ztráta jako šance

I z těch nejhorších tragédií lze ale nakonec i něco získat. Jedinec se může stát psychicky odolnějším, uzrát jako osobnost, duchovně vyrůst, harmonizovat své vztahy k ostatním.

Životní ztráta – ostatně jako každá zvládnutá životní krize – může (*je-li adekvátně zpracována*) vést k růstu, expanzi ve vývoji osobnosti.



Závěr



SHRNUTÍ KAPITOLY

Syndrom EAN-starý člověk zneužíváný a zanedbáváný. Senior může být týrán tělesně, kdy se na jeho těle vyskytnou podezřelé škrábance, podlitiny, popáleniny, opakované zlomeniny, rány na genitáliích, které mohou nasvědčovat o možném sexuálním zneužívání atd. Dále může být bezbranný senior zneužíván finančně, majetkově, emocionálně nebo může být týrán více způsoby. Pasivní formou týrání či zneužívání je zanedbávání.

Syndrom EAN (Elder Abuse and Neglect) zahrnuje závažné formy nevhodného zacházení se starými lidmi, různé formy domácího i ústavního násilí či zanedbání péče.

Formy týrání seniorů –

Fyzické týrání – zjevné - bití, kopání, vystavování chladu, pasivní agrese – odpírání jídla, léků, tekutin, odpírání ošetření při bolesti...).

Projevy: dlouho neošetřená poranění; popáleniny na neobvyklých místech, stopy prstů; úzkosti, depresivita. aj.

Psychické a citové týrání – obtížně postižitelná forma - zastrasování, nadávky, ponižování, slovní agrese, omezování sociálních kontaktů, agrese proti domácím zvířetům...).

Projevy: vyděšenost, úzkosti, strach, pocity izolovanosti, depresivita.

Ekonomické zneužívání - neoprávněné vymáhání finančních prostředků (důchodu, úspor, sepsání závěti, převod bytu, vyčítání výdajů...).

Projevy: ubývání majetku v domácnosti seniora, jeho životní úroveň neodpovídá majetku, opakované změny závěti až např. bezdomovectví.

Sexuální obtěžování a zneužívání - někdy je páčáno v souvislosti s psychickými deviacemi.

Zanedbaní péče – pasivní forma týrání, kterou mnohdy ani senioři nepostřehnou. Jde o selhání ze strany pečující osoby, která je zodpovědná za uspokojování základních potřeb závislé osoby. Zanedbaní péče může vést až k opuštění seniora.

Projevy: poruchy zdraví způsobené špatnou výživou, dehydratací, podchlazením, nedostatečnou hygienou, citová deprivace, apatie, úzkost, depresivita.

Diogénův syndrom (syndrom zanedbaného starce) - může být způsoben ztrátou reálného náhledu na vlastní situaci, např. senior se buď dostane do izolace, nebo má různých hendikepů, které mu znemožňují udržovat hygienu.

Projevy: zanedbaný zevnějšek, sociální izolace, odmítání pomoci i sociálních služeb, hromadění zbytečných předmětů.

Při rozpoznání nedůstojného zacházení se seniory se vychází ze studie „Důstojnost a starší Evropané“.

Typy chování, které důstojnost nerespektují:

- poskytování péče nepříjemným způsobem (tzv. přezírání),
- ignorování během péče,
- narušování soukromí během péče,
- lhaní, či zamlčování důležitých skutečností,
- projevy lhostejnosti, slovní hrubost, přivádění do situací, kdy si senior připadá směšně,
- zacházení se seniory jako s věcmi, nesdělování, co se bude dít, pomlouvání v seniořově přítomnosti,
- neklepání na dveře při vstupu do místnosti,
- a další, např. vlastní komplexy (a jejich projekce) pečující osoby, či velmi často zmiňovaná vyčerpanost (jak psychická, tak fyzická).

Každodenní péče o seniory vyžaduje profesionální přístup. Každý pracovník v pomáhajících profesích by měl znát bio-psycho-sociální zvláštnosti, které se s určitým věkem pojí, a snažit se je RESPEKTOVAT. Zvláštní pozornost zaujímá samotná KOMUNIKACE se seniorem, která sestává základem dorozumivacího procesu. Komunikace se seniory - velká prověrka komunikačních dovedností!

Špatným zacházením jsou ohroženi zejména senioři nesoběstační, závislí na agresorovi a v sociální izolaci.

OTÁZKY



- Definujte ageismus.
 - Jaké jsou zdroje ageismu?
 - Charakterizujte projevy ageismu.
 - Popište formy týrání seniorů.
 - Jaké jsou příznaky týrání?
-

KORESPONDENČNÍ ÚKOL



Vypište znaky fyzického, psychického, ekonomického a sexuálního násilí, včetně znaků zanedbávání. K těmto znakům konkretizujte možnosti prevence-primární, sekundární a terciární. V této souvislosti vyhledejte příklady dobré praxe.

13 VYBRANÉ KAPITOLY Z THANATOLOGIE. INTERDISCIPLINÁRNÍ PŘÍSTUP KE SMRTI A UMÍRÁNÍ

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Povinný prvek kapitoly.

Život je vymezen zrodem a smrtí. Lidský život je symbolicky ohraničen zrozením a smrtí. Zrození a smrt byly provázeny v historii lidského společenství různými rituály. Nový život byl a je radostně vítán, smrt je naopak okamžikem, kterého se většina z nás bojí. Umírající je však pro rodinu stejně důležitý jako kojeneček, smrt je stejné memento jako narození dítěte.

Člověk se smrti vždy bál, ale ne vždy před ní „prchal“ tak jako dnes. Tradiční člověk neměl mnoho prostředků, kterými mohl smrti vzdorovat, musel se s ní smířit, rezignovat. Současný člověk má pro boj se smrtí zcela jiné podmínky, snaží se smrti utéci, protože ji mnohdy, na čas, utéci lze.

Někdy vytěšňujeme skutečnost, že jsme smrtelní, že smrt může přijít v kterémkoliv věku a čase. Lidská psychika se brání myšlence na smrt. Tento mechanismus je tak silný, že pronikl i do lidových úsloví: „zapomněl na to jako na smrt“. Nemyslet na konec života patří zřejmě k lidské přirozenosti. Není však možné vytěšňovat smrt ze svého života tam, kde se jedná o profesní kontakt s umírajícími.

CÍLE KAPITOLY



Po prostudování této kapitoly byste měli být schopni:

- uvědomit si společenský aspekt umírání a smrti, včetně historických aspektů
- porovnat vnímání umírání a smrti v minulosti a v současnosti
- rozpoznat rozdíly mezi institucionálním a domácím modelem umírání
- objasnit úkol paliativní medicíny
- pochopit význam rodiny v paliativní péči

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Doprovázení, komunikace s umírajícími, modely umírání, paliativní medicína, smrt, tabuizovaná smrt, thanatologie, umírání, umírající



Odhad času potřebného ke studiu:

Potřebný čas na osvojení si poznatků první kapitoly odhadujeme na 40 minut.

VÝKLADOVÁ ČÁST

Poznatky a zkušenosti lékařů, biologů, filosofů a sociologů v oblasti umírání a smrti jsou shrnovány do **thanatologie**.

Jedná se o interpersonální vědní obor o smrti a fenoménech s ní spojených. Název byl odvozen od jména řeckého boha smrtelného spánku a smrti samé, Thanata (Haškovcová, 2000).

H. Haškovcová (1975, s. 14) uvádí „*smrt je jediná fakticita, která je v životě jistá.*“

„*Život každého člověka je vymezen určitou délkou, kterou si mi sami určit nemůžeme a je tedy jen na nás, jak s časem, který máme a o kterém nevíme, kdy skončí, naložíme.*“ (Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995, s. 10).



DEFINICE

Haškovcová (1989, s. 372) objasňuje termín **umírání**.

„*Pojem umírání je v lékařské terminologii synonymem terminálního stavu. Definice terminálního stavu uvádí, že „v určitém čase dochází k postupnému a nevratnému selhání důležitých, vitálních funkcí tkání a orgánů, jehož výsledkem je zánik individua, tedy smrt“.* Dále popisuje jev sociální oblasti umírání. „*Jsou to stavy, kdy člověk sice žije, ale je vyvázan z důležitých sociálních vazeb a interpersonálních vztahů, kdy je odtržen od všeho lidského a nelze jej vrátit do kontextu společnost.*“

Ve spojitosti se smrtí hovoří o „**fenoménu tabuizované smrti**“, což souvisí jednak s vývojem společnosti, ale i s pokroky medicíny, která nyní dokáže zachránit život člověka i v situacích, které by se dříve zdály nemožné (Haškovcová, 2000, s. 21-22). Obecně se vstřípila do našeho podvědomí myšlenka, že neumíráme proto, že jsme „smrtné bytosti“, ale umíráme „na něco“. Proto se obracíme na lékaře. Lékařská věda, nové technologie i jiný životní styl prodlužují lidský život, oddalují tak smrt, a to vše i za cenu mnoha handicapů.

Proces částečné **detabuizace** započal ve světě přibližně v období 70. let 20. století (Haškovcová, 1997, s. 149), zásluhu na tom má Elisabeth Kübler-Ross. Tato významná lékařka napsala několik knih (např. 1992, 1993, 2003), které se problematikou umírání a smrti zabývají, popsala určité fáze, kterými jedinec při svém umírání prochází (1993, s. 35 – 120).

Dřívější generace byly srozuměny se smrtí, jednotlivci se v průběhu svého krátkého a nejistého života „učili“ umírat, když pozorovali smrt v okolí nebo pomáhali těm, jejichž těžká hodinka právě udeřila. Lidé umírali nejen doma, ale také na veřejných prostranstvích, mnohdy o hladu, ve špině, bez pomoci. Umírání bylo relativně krátké, nebylo oddalováno léčebnými zásahy. Vzhledem k tomu, že smrt nebyla tabuizovaná, lidé věděli, jak se mají vůči umírajícím chovat. Dokonce i umírající věděl, co se od něj očekává, jistou duševní rovnováhu ze své vlastní životní zkušenosti, neboť ve svém dětství či mládí několikrát stál či sám pomáhal u lůžka těch, kteří umírali v jeho okolí.

V minulosti se rodina o svého umírajícího člena starala sama, lidé věděli, jak proces umírání probíhá a co je s ním spojeno.

Vliv na dřívější přístup ke smrti mělo rovněž náboženství. Víra pomáhala lidem vyrovnat se se smrtí, dávala člověku naději, že smrt je konec pouze pozemského života, ale to hlavní, které se ubírá dál, tedy naše duše, je nesmrtelná. Mnoho národů se s faktem smrti vyrovnává vírou v přechod do nadpozemského světa. Lidé umírající s Kristem mají na rozdíl od těch, kteří umírají bez Boha, tři velké hodnoty, a to především stále společenství s Pánem; mají před sebou vizi, že tělesná smrt je přechodem do nebeského království a mají Písmo svaté jako zdroj Božích zaslíbení a útěchy v každém soužení i v hodinách umírání a smrti (Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995, s. 88).

Z výše uvedeného plyne, že péče o umírajícího byla značně laická, ovšem i přesto byla péče nad lůžkem takového člověka samozřejmě jako smrt sama („*ochočená, zkrocená smrt*“ – P. Ariés). Od 18. století je smrt a s ní spojené **rituály** spojována s rozvojem medicíny a od 19. století se pohřební rituály ustanovily do podoby, se kterou se setkáváme s menšími obměnami dodnes. Řada národů dodržuje obřady nebo rituály spojené se smrtí člověka. Pohřební rituály především pomáhají lidem vyrovnat se se skutečností smrti. Samotný pohřeb, pohřební zvyklosti, tradice se liší v závislosti na dané kultuře. U některých národů je doposud zachováno tzv. „noční bdění“. Jak uvádí E. Kübler-Ross (2003, s. 21) toto bdění bylo vykonáváno příbuznými zemřelého, zejména z důvodu, aby se ujistili, že nebyl pochován živý. Často se s ním pojilo vyprávění o životě mrtvého.

Především díky pokrokům medicíny lidé dnes dosud ve velké míře umírají v nemocnicích a jiných zdravotnických zařízeních, čemuž dříve nebývalo.

H. Haškovcová (2000, s. 25 – 30) v této souvislosti uvádí dva modely přístupu k umírání – „**domácí model umírání a institucionální model umírání**“.

Institucionální model umírání je spojen s moderní dobou a přesunem do nemocnic, kdy často může docházet k tomu, že se člověk cítí sám, opuštěný. Institucionální model také

souvisí s postupným rozvojem ošetrovatelství jako odborné činnosti. Za jejím rozvojem stojí Florence Nightingale,⁶ která jako první napsala knihu, která se zabývala ošetřováním nemocných (Notes on Nursing).

Tradiční opatrovnická činnost se jen pozvolna měnila v činnost ošetrovatelskou. Umírajícím, jako zvláštní skupině nemocných, nebyla věnována z hlediska odborného ošetrovatelství věnována dostatečná pozornost. V nemocnicích byli umírající lidé zpočátku umístováni do velkých pokojů, což souviselo s naprostou ztrátou soukromí. Ve snaze zlepšit situaci umírajícího i ostatních, kteří měli být uchráněni asistence umírání neznámého člověka, vznikla praxe tzv. bílé zástěny – plenty. Plenty měly své výhody i nevýhody. Výhodou bylo, že poskytovaly určité soukromí, ale současně jedince izolovaly a tak měl pocit samoty. S postupným vývojem a zlepšením ekonomické situace byly pro umírající vyčleněny jednotlivé pokoje, kam byl pacient umístěn, když se blížila jeho chvíle. To mělo naprosto destruktivní dopad na psychiku, neboť umíral. A tak nic netušící umírající, který byl schoopen posoudit význam transportu, zcela překvapivě a jednoznačně pochopil, že nyní nastává konec a ten, že se bude odehrávat v naprostém osamění. Zatímco bílá plenta se ještě někde dnes používá, převoz umírajícího do zvláštního pokoje je už minulostí. Medicína se totiž změnila a začala vítězit. Nemocní lidé v intencích moderní doby věřili v zázrak a lékaři uplatňovali milosrdnou lež.

Institucionální model umírání se vyvíjel postupně. Nemocní byli nejdříve umístováni do azylových domů, později do zdravotnických zařízení. Historický vývoj chudobinců, chorobinců, špitálů i pastoušek a domovského práva ilustruje snahy o vznik funkční a dostupné sítě pomoci potřebným, zejména chudým lidem. Situace umírajících však byla po dlouhá staletí neutěšená a jen mocní a bohatí měli v procesu umírání určitá privilegia. Jedním z nich byla i přítomnost lékaře u lůžka. Osoba lékaře v podobě péče o umírajícího se objevuje až v 19. století.

Osamění umírajících v nemocnicích je prokazatelně velké. Tyto instituce nejsou zařízeny tak, aby mohl být umírajícímu v jeho posledních chvílích nablízku někdo, o jehož účast člověk v posledních chvílích stojí. Je-li nemocný pacient umístěn do zdravotnického zařízení, pak dochází v oblasti psychické ke zdvojení zátěžové situace, z nichž primární je nemoc. Dojde však i k narušení vazeb na nejbližší příbuzné a odkázání sama sebe na péči někoho jiného – cizího. Nemocný je při hospitalizaci zatěžován nejenom svou nemocí, ale také negativním vlivem zařízení v podobě přizpůsobení se jeho režimu a provozu, což bývá v rozporu s jeho dosavadním způsobem života. Realizované studie svědčí i o tom, že stále velká část lékařů (uvádí se až 90 % chirurgů) neinformuje pacienty o diagnóze – rozhovory by prý zabraly příliš mnoho času (Virt, 2000, s. 42).

Dnešní situace umírajících je poměřována ideálem tzv. **domácího modelu umírání**.

Standardní postup spočíval v tom, že umírající v určité chvíli sám zhodnotil vlastní situaci a poznal, že nastala jeho „poslední hodinka“. Svolal členy rodiny a v jejich přítomnosti vyslovil poslední přání. Pak se s nimi důstojně rozloučil. Poskytnutím svátosti nemocných kněz připravil těžce nemocného na neznámou cestu. V této souvislosti mnozí laici užívají

⁶ Známa jako „Dáma s lucernou,“ je jednou z nejznámějších zdravotních sester na světě. Anglická ošetrovatelka, spisovatelka, průkopnice srovnávací lékařské statistiky.

nepřesný pojem poslední pomazání, které ovšem nutně nemusí být poslední. Umírající se pak zpravidla zklidnil a dále už jen tiše a trpělivě čekal, nejčastěji v oparu milosrdné agonie, na svou smrt. Každý tedy věděl, jak vypadá umírání a smrt zblízka. Lidé uměli dokonce předpovídat jednotlivé fáze umírání. Lidé ovládali tradiční laické ošetrovatelské úkony. Umírajícímu podávali např. polévkový vývar, později jen tekutiny, zejména čaje. Zesláblého umírajícího přikrývali vrstvou pokrývek, protože správně tušili, že vysílený pacient pocítuje zimu, především na končetinách. V místnosti udržovali pološero, protože věděli, že ostré světlo je nemocnému nepříjemné. Když nemocný zemřel, zatlačil mu zpravidla nejstarší syn oči a někdo z přítomných otevřel okno, aby duše zemřelého mohla odlétnout. Postát v klidu a v úctě se pomodlit Otče náš, bylo samozřejmé. Omýt mrtvé tělo, podvázat bradu a obléci mrtvého patřilo k zvládnutým životním dovednostem. Pohřby byly ponejvíce vypravovány z domu, kde bylo tělo vystavováno ve „slavnostním“ pokoji (květiny, svíce).

Moderní člověk uvedené znalosti nemá, chybí mu i cenné praktické dovednosti a většinou je přesvědčen, že péče o umírající je výhradně v kompetenci profesionálních zdravotníků.

Dnes se setkáváme s péčí o umírajícího a se smrtí v rodině méně než v dřívější době. Tato skutečnost znamená pro mnohé menší zkušenosti s touto situací. Nevíme, jak se chovat i zachovat. Vážně nemocný a umírající bývá přemísťován do zdravotnického zařízení mj. také z důvodu představ o kvalitnější, a tím i lepší péči. Je ovšem tato péče z pozice postiženého opravdu lepší? Není jednoduché to posoudit. Pomineme-li případy zanedbávání péče o umírajícího, ke kterým také dochází, tak je pro umírajícího pozitivnější celková péče rodiny o jeho osobu.

Odborníci se shodují v tom, že **člověk by v umírání neměl nikdy zůstat sám**. Tento požadavek plyne z opakovaného zjištění, že umírající, jakkoliv se třeba svému okolí jeví netečně, do sebe ponoření, se „zastřeným“ vědomím, bez schopnosti obvyklé komunikace apod., svou situaci prožívá a vnímá. Za určitých okolností by měla být umírajícímu dána možnost vybrat si mezi hospitalizací a péčí v kruhu rodiny. Možnost se však může dát pouze v případě, kdy to zdravotní stav pacienta umožňuje a zároveň i příbuzní mají možnost a zájem o umírajícího pečovat. Tento postup není možné uplatnit v případech, kdy nelze upustit od hospitalizace z důvodu charakteru nemoci pacienta. Omezující nemusí být pouze zdravotní stav pacienta, ale i jiné okolnosti – např. vysoká tělesná hmotnost, inkontinence a především nemožnost celodenní péče z hlediska přizpůsobení časového harmonogramu rodiny.

Odchod ze světa vyvolává v psychice člověka (hlavně v oblasti emocí) odezvu:

- Je to především **strach a úzkost** - jde o strach z bolesti, opuštění, ze selhání či utrpení, strach ze ztráty soběstačnosti, strach o rodinu a blízké.
- Kromě strachu patří mezi další emoce u umírajícího **pocity viny, bolesti a zlosti**. *Pocity viny* jsou typické pro každý okamžik, kdy něco končí. Pro umírajícího člověka je proto důležité, aby měl nablízku někoho, komu se může svěřit a věřit tak v odpuštění.

Bolest je úzce spjata s vlastní nemocí. Nejde přitom jen o bolest fyzickou, ale také o bolest psychickou. Míra bolesti bývá přímo úměrná míře obav a strachu.

Pocity zlosti jsou u těžce nemocného člověka velmi úzce spjaty s agresivitou, kterou se snaží napadnout druhé lidi, na něž přenáší vinu za svůj neutěšený stav. Pro lidi, kteří se pohybují v blízkosti umírajícího, je nutné, aby agresí neopláceli, ale odpovídali na ni porozuměním. Agresivní projevy nesmíme brát osobně! V souvislosti s otázkou umírání vyzdvihují Huseboe a Holmerová (2007, s. 125) důležitost komunikace.

K sociální práci a k medicíně patří nutně schopnost vést autentický rozhovor. Do rozhovoru s umírajícím by měli být zapojeni i jeho blízcí a podle možnosti i celý léčebný tým. Jak proces umírání pokračuje, ubývá těch, s nimiž je pacient schopen komunikovat. Důležitější než to, co se umírajícímu říká, je ten, kdo mu to říká a co tento člověk pro pacienta znamená. Pacient potřebuje čas, aby mohl to, co slyšel, pro sebe zpracovat.

Doprovázení na konci života může být i pro pečující obohacujícím obdobím. Čas umírání je významnou kapitolou lidského života pro všechny zúčastněné.

Kübler-Ross (1992, s. 133) vyjádřila tuto komunikaci následujícími slovy: „*Kdo má dostatek sil a lásky, aby se posadil k nemocnému, a chápe hodnotu mlčení, které je silnější než slova, ví, že pohled na nemocného není ani trapný ani nevzbuzuje hrůzu, vidí jen pomalé vyhasínání tělesných funkcí. Pohled tiše umírajícího člověka připomíná padající hvězdu, hvězdu mezi milióny světél na vzdálené obloze, zaplane a zmizí navždy v nekonečné noci.*“

Callananová a Kelleyová (1992) vnímají komunikaci s umírajícími jako soulad mezi bližními a umírajícím a pochopení poselství, která jsou sdělována pouze symbolicky. Zdravý člověk je postaven do obtížné role, kdy není jednoduché pochopit smysl těchto symbolů. V okamžiku pochopení může dojít ke smíření se smrtí milované osoby. Je důležité, aby měl umírající v těchto těžkých chvílích poblíž někoho, kdo s ním tyto stavy prožívá a zároveň to přináší i obrovské zkušenosti pro člověka zdravého, kdy takto zblízka prožité umírání a smrt mu změni pohled na život i na vnímání smrti. Kalvach (2010) klade důraz u umírajícího na respektování vůle pacienta a také rozloučení a smíření.

Tým, který umírajícího doprovází, by se měl naučit chápat, že přijetí smrti vyžaduje čas. U stavů zmatenosti je třeba pochopit, že se umírající vyrovnává se svým minulým životem a jeho problémy a že to často činí v řeči symbolů (měli bychom pochopit, že každý zdánlivě nesmyslný pacientův projev má pro něj hluboký smysl a dosah; i když se často nepodaří u těchto symbolických projevů, jimiž se umírající zpracovává svůj život, porozumět smyslu, je třeba je brát s úctou a snažit se smysluplně na ně reagovat (Virt, 2000, s. 37).

Doprovázející mají obtížný úkol, aby našli rovnováhu mezi empatií a věcností, aby nebyli sami vtaženi do deprese, jinak by nebyli schopni umírajícímu pomáhat.

Umírajícím a jejich blízkým je potřeba nejen pochopení a přiměřené pomoci ze strany okolí, ale i informací a doporučení, jak zvládnout nesnadnou situaci, protože i oni, až do chvíle, než se setkali se smrtí tváří v tvář, žili v přesvědčení, že se jich dosud poslední věci

člověka netýkají, že je na ně ještě dostatek času. Vyrovnat se se smrtí svých blízkých není jednoduché. Přijmout však vlastní smrt je ještě složitější.

Vyrovnávání se se smrtí ovlivňuje řada faktorů:

- kvalita našeho dosavadního života,
- pocit naplnění a uspokojení (zda jsme v životě dosáhli všeho, co jsme si vysnili),
- věk,
- zda vnímáme smrt jako spravedlivou, či nás zaskočila,
- zda jsme sami, nebo nám pomáhají naši blízcí atd.

Smířit se s faktem, že je náš život u konce, je velmi obtížné. Každý člověk se s touto situací vypořádává odlišným způsobem. Průzkumy přitom dokazují, že muži silněji než ženy potlačují představy týkající se vlastní smrti. Ženy se oproti tomu lépe vyrovnávají se smrtí životního partnera, což opět souvisí s tradiční genderovou rolí, že muži jako „hlavy rodiny“ jsou závislí na péči partnerky (Karsten, 2006). Podle Rychtaříkové (2008, s. 52-53) úmrtnost (i nemocnost) obyvatelstva se významně liší podle věku a pohlaví, ale také vzhledem k rodinnému stavu, místu bydliště či k dosaženému stupni vzdělání.

Podle psychosociální periodizace německého neopsychoanalytika E. H. Eriksona se může člověk nacházet na dvou různých pólech. Typickým psychosociálním konfliktem, který řeší především starý člověk, je tzv. hledání integrity já pro pocitům zoufalství a beznaději. Pokud člověk dosáhne své integrity, přijme svou novou roli (seniora) včetně všech překážek s ní spjatých, smíří se se svým životem, tedy s tím, že proběhl tak, jak proběhl a nemohlo to být jinak, takovou adaptaci na vlastní stáří pak můžeme chápat jako nejvyšší úroveň kvality života člověka. Problémy stáří i nemoci tak ztrácí svůj „osten“, takoví staří lidé pak většinou nemají problémy s vyrovnáním se a s přijetím vlastní konečnosti (Jarolímová, 2007, s. 60-61). Starý člověk se nebojí tolik smrti, ale způsobu umírání a taky toho, aby stihl narovnat veškeré křivdy a vyřešit záležitosti, které zůstaly nevyřešeny. Jedná se např. o poslední vůli, převody majetku včetně darování na dobročinné účely, vyrovnání veškerých finančních závazků. Neméně důležité je sdělit vlastní přání spojená s koncem života, např. rozhodnutí týkající se těla, způsobu pohřbu – zda kremace uložení do hrobu, s obřadem nebo bez obřadu aj. (Huseboe, Holmerová, 2007, s. 127).

Způsob, jakým se v naší společnosti většinou umírá, je považován za nehumánní. Podle statistik se sice v průměru dožíváme o 20 let více, než tomu bylo ještě před několika generacemi. Je ale tím, že se životu přidá více let, přidáno také letům více života? Kolik lidí umírá vyřazených z životního společenství s mladými, a to dlouho před smrtí fyzickou smrtí sociální? (Virt, 2000, s. 17).



KONTROLNÍ OTÁZKA

Alternativně prostor pro úlohy k textu, které je nutno řešit ihned, protože pomáhají dobrému pochopení následujícího učiva.

Medicína se snaží o to, aby smrt byla co nejvíce oddálena, a v tomto již dosáhla značných úspěchů. Mnoho lidí se však obává, že díky této moderní medicíně jim bude – proti jejich vůli – zabráněno důstojně zemřít. K cílům medicíny patří zmírňování utrpení, ale i umění doprovázet umírající.

WHO přiznává největší prioritu **paliativní medicíně**, která je zaměřena na komplexní zmírňování všeho, co působí utrpení.

Jde o:

- kontrolu bolesti (studie z 90. let 20. stol. uvádějí, že 70 % pacientů s rakovinou nedostává účinnou léčbu bolesti ani tam, kde je to možné (Virt, 2000, s. 39),
- přiměřenou rehabilitaci (která pomáhá pacientovi realizovat důležité sociální vztahy a životní úkony),
- pozornost, která je věnována psychickému a mentálnímu stavu.

Paliativní medicína je v jednotlivých evropských státech různě rozvinutá a ve své integrující aplikaci je úzce spojena s hospicovým hnutím, které má svůj počátek v 70. letech 20. století ve Velké Británii. Mezníkem v paliativní péči byl po druhé světové válce vznik prvních hospicových domů. Jako první byl založen roku 1967 a otevřen první britský hospic St. Christophers v Londýně.

Hospicové hnutí se odtud šíří po celém světě. Je zajímavé, že hospicová péče je od svého počátku svázána se ženami. Jako propagátorky paliativní péče jsou známy Elisabeth Kübler-Ross a Cicely Sanders. Důležitou složkou paliativní péče je i péče o pozůstalé. Smrtí milované osoby nastává proces truchlení, ve kterém je třeba přijmout fakt odchodu blízkého člověka, zpracovat tuto ztrátu a prožít zármutek. Student a Mühlum (Student 2006) konstatují, že pokud se rodina podílí na péči o umírajícího v posledních měsících jeho života, probíhá truchlení většinou snadněji z důvodu možnosti rozloučení a smíření, které probíhalo během péče.

V souvislosti s uvedenými problémy je nutné zamyšlení i nad situací, kdy se stává sám lékař, zdravotnický nebo sociální pracovník postižený nevléčitelnou nemocí, která povede k bolestivému umírání (uvedené se však týká všech, kteří mají profesní přehled o dané problematice). Tato část populace se bude daleko obtížněji přesvědčovat o určité naději, o zlepšení jeho stavu. Nemají koho požádat o pomoc, jejich uzavření se sama do sebe bývá obvykle rychlejší, jakož i snahy o sebevraždu jako řešení situace bude u nich častější východisko.

V naší společnosti chybí výchovné působení nejenom v oblasti týkající se stáří, ale i v otázkách umírání a smrti. Je na výchovně-vzdělávacích institucích, aby se zabývaly i touto otázkou.

Jan Sokol (2005, s. 44) říká, že „*smrt má význam sama o sobě. Jen díky smrti může být z lidského života příběh. „Tak jako obraz musí mít rám a román nebo film začátek a konec, platí totéž o životě. To jen přímka je bez konce a jen ornament se může donekonečna opakovat. Co má mít tvar a podobu, co má tvořit celek, musí mít své meze a konec.“*

A J. Křivohlavý říká: „*Příprava na vlastní smrt by měla být od určitého věku součástí života. Považuji za důležité klást v tomto směru důraz na výchovu. Když dítě uvidí, jak se rodiče starají o babičku nebo dědečka, nebude mu připadat divné, zachovat se jednou také tak, vzít tátu s mámou domů a s láskou jim dosloužit.“*

Milánský kardinál C.M. Martini formuloval téma života a smrti těmito slovy: „*podporujme ...debatu o nové smlouvě mezi generacemi. Stejně, jako rodiče přivádějí své děti na svět, měly by napříště děti vyprovázet své rodiče ze světa.“* (Virt, 2000, s. 91).

Povědomí konce života určuje nejen hodnotu času, hodnotu vlastního života, ale také hodnotu sociálních kontaktů.

Osobní zkušenost se smrtí u mladých pomáhá k vytvoření si vlastního životního postoje k umírání a smrti. M. Svatošová (2011, s. 17) píše: „*na smrt bychom se měli včas a velice pečlivě připravit. Tam totiž žádný opravný termín jako u zkoušky, anebo druhý pokus jako v manželství nepřichází v úvahu.“*

Většina lidí se bojí smrti, nezvládají přijmout smrt jako nedílnou součást života. Ten, kdo se dokáže vyrovnat i s tímto faktem, kdo dokáže smrt přijmout jako nevyhnutelný okamžik v životě, ten se ke svému životu dokáže postavit s větší vážností. Náš život si zaslouží naši pozornost, ale zaslouží si ji i zaslouží smrt.

V dnešní době je však více lidí, kteří nechtějí nic vědět, nechtějí mít doma umírajícího, nechtějí být přítomni okamžiku smrti svého blízkého ani doma ani v nemocnici. Nezáměrem se projevuje i v tom, že pozůstalí se ani nepostarají o uložení urny s ostatky.

Každý umírající člověk si přeje umírat s posledním pohledem na milou tvář, rád by cítil poslední dotek milované ruky. Nebo by rád slyšel hlas, který zná.

Prázdné místo po zemřelém, už nestihneme říci to, co bychom chtěli. Budeme litovat chvíli, ve kterých jsme blízkého člověka „potrápili“. A naše jediná prosba - ještě jednou, jedinkrát ho /ji/ spatřit, moci říci jednu jedinou, poslední větu – zůstane nevyslyšena.

Nejintenzivnější existenciální zkušenost smrti není představa vlastní smrti a už vůbec ne konfrontace s „hranou“ smrtí v médiích, nýbrž smrt milovaného člověka. Teprve láska dělá člověka člověkem a teprve smrt milovaného člověka dává vytušit propastnost smrti (Virt, 2000, s. 13).

Nikdo se nikdy zcela nezotaví ze ztráty někoho, koho hluboce miloval. Zotavení ze zármutku znamená, že se se svou ztrátou dokážeme smířit a dokážeme ji unést. Avšak díky této zkušenosti už nikdy nebudeme stejní jako dříve. V této situaci nám může napomoci

myšlenka, že všechno, co není s blízkým vyřízeno před jeho smrtí, má být vyřízeno potom, jinak je člověk svázán nevyřešeným smutkem. M. DeHennezel (1997) nabádá k jakémusi vnitřnímu dialogu se zesnulým, který často přinese úlevu a zmírní smutek.



Závěr



SHRNUTÍ KAPITOLY

Umírání a smrt jsou témata, která ke stáří patří řada seniorů se jimi zabývá. V dnešní společnosti ale chybí schopnost nejen o smrti, ale i o praktických věcech s ní spojených mluvit. Problematiku konce života řeší nauka zvaná thanatologie, kterou se zabývá nejen medicína, ale i filozofie, teologie, psychologie, sociologie aj.

Smrt a umírání pro většinu jedinců naší společnosti změnilo svou tvář. Před několika desítkami let byla s lidmi „od narození“, lidé umírali mladí, skutečnost smrti a umírání byla vnímána jako normální. Z generace na generaci tak přecházela zkušenost v péči o člověka, který očekává smrt a postupně se vytvářely různé zvyky a tradice.

V dnešní době přestala být nejen smrt, ale i umírání součástí života. Smrt dnes spojujeme především se stářím a většinou ji vnímáme jako špatnou, negativní, neboť je spojena s odchodem našich blízkých, smutkem, osamělostí, strachem, s bolestí.

Důsledkem pokroku a rozvoje, který se projevuje v moderním postoji ke smrti, je její odstranění z každodenního života a její odsunutí za zdi zdravotnických a sociálních zařízení. Většina lidí dnes již neumírá doma, ale ve zdravotnických zařízeních, kde vládne profesionalita, většinou bez svých blízkých, mezi lékaři a ošetrovatelským personálem. Stinné stránky institucionálního modelu umírání jsou zřejmé - umírající se dostává od své rodiny a je tak izolován – idea izolované smrti – smrt patří do nemocnice, kde ji lékaři a ošetřující personál berou jako rutinní část svého povolání.

Celoživotním zdrojem úzkosti, který se ve stáří výrazně prohlubuje, je myšlenka na vlastní smrt.

Tím, že otázka umírání byla a často ještě bývá tabuizovaným tématem – okolí neví, jak a o čem se s umírajícím hovořit. Přitom je známo, že právě v terminálním stavu nevyléčitelného onemocnění trpí pacienti také duševně. Strach, úzkost a deprese z toho plynoucí způsobují nemocnému daleko větší utrpení než vlastní fyzické strádání. O poznání klidněji očekávají smrt lidé věřící, protože předpokládají další život a mají také možnost pomocí poslední svátosti vyrovnat se se svými dřívějšími pochybeními (Holá, 2007, s. 97).

Světová zdravotnická organizace vymezuje paliativní péči jako péči, jejíž přístup zlepšuje kvalitu života pacientů a jejich rodin, které čelí problému spojenému s život ohrožující

nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění a dokonalého posouzení, léčbou bolesti a dalších potíží a to jak fyzických, psychosociálních i duchovních.

Paliativní péče v sobě spojuje aspekty medicíny, ošetrovatelství, sociální práce, duchovní péče, fyzioterapie, ergoterapie a podle potřeby i dalších disciplín.

OTÁZKY



- Jaké emoce ve Vás hovor na téma smrti především vyvolává?
- Bavíte se se svými blízkými o smrti?
- V jakém věku je, podle Vašeho názoru, nejvhodnější se o problematice umírání a smrti začít hovořit?
- Jaké pojmy si souvislosti s problematikou paliativní péče vybavíte?
- Co si představujete pod pojmem „důstojné umírání“?

KORESPONDENČNÍ ÚKOL



„Neumíráme tak, jak bychom si přáli. A je to hlavně proto, že o tom s nikým nemluvíme. Proto Cesta domů spustila novou kampaň [Mojesmrt.cz](http://www.mojesmrt.cz), kterou se snaží usnadnit cestu k přemýšlení o konci života“ (<http://www.cestadomu.cz/mojesmrt.html>).

Prostudujte uvedený projekt a portál www.unirani.cz. K tématům zde zmíněným napište své vlastní úvahy, zkušenosti, názory. Jedná se o korespondenční úkol typu eseje.

Milí studující,

Studijní opora podala pouze nástin některých aspektů, které se váží k problematice sociální gerontologie. Předložený text však nemůže vystihnout všechny aspekty.

Hlubšímu porozumění Vám doporučuji seznámit se s odbornými publikacemi na konci opory. Záměrem této studijní opory je především podnět k vlastnímu zamyšlení, hledání vlastního stanoviska k uvedeným problémům, k etickým principům v kontaktu se seniory.

Bromley (1974, s. 99-118) tvrdí, že lidský život se odvíjí v jednotlivých příbězích. Části života na sebe navzájem navazují. Události života probíhají v sériích nebo přímo. Mohou se projevovat plynule nebo přerušovaně. Některé zážitky poznamenají člověka natolik, že se k nim vrací v průběhu života. Pro každou osobnost jsou charakteristické vlastnosti, jako např. důslednost, pravidelnost, inteligence, pohodlnost, zvědavost atd.

K bližšímu pochopení stáří si je potřeba uvědomit individuální rozdíly každého jedince. Ty vycházejí z předešlých let života a také z genetiky. Chování a jednání se během života většinou nemění. Důležitým jevem v lidském životě, který způsobuje změnu chování, je duševní činnost, využití přirozené inteligence. Stáří je typické pomalejšími reakcemi, které vyplývají z psychických a fyzických změn organismu.

Měřítka hodnot ve stáří má jiný charakter než v dětství či mládí. Podstatnou roli hraje motivace, která má tendenci s přibývajícím věkem klesat. Nesmíme zapomínat na fyziologii člověka - temperament, energii a dráždivé faktory.

Pro lidi vyššího věku je rozhodující jejich sociální role, z níž vychází společenské postavení a uznání, vliv vlastního sociálního prostředí. Samotní senioři upřednostňují ekonomickou jistotu a nezávislost. Pro ně samotné je přínosné, když se cítí užiteční a společensky aktivní.

Změny, které nastávají v seniorském věku, lidé špatně snášejí – působí jim trauma. Jedná se například o změnu sociálního prostředí – nutnost opustit místo svého bydliště nebo ztráta partnera. Je známo, že lidé přijímají období vlastního stáří různě. Pokud si zachovají vlastní identitu a kontinuitu co nejdéle, fyzické a psychické změny organismu charakteristické pro vyšší věk pak přijímají s menšími problémy.

To, jak se k sobě lidé chovají a jak spolu mluví je velmi důležité, protože mezilidské vztahy jsou pro člověka velmi důležitým životním faktem.

LITERATURA

- ALAN, J. *Etapy života očima sociologie*. Praha: Panorama, 1989.
- BENEŠOVÁ, D. *Gerontagogika, vybrané kapitoly*. Praha: Univerzita J. A. Komenského Praha, 2014. ISBN 978-80-7452-039-6.
- BERTINI, K. *Sendvičová rodina – souběžná péče o malé děti a seniory*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0478-7.
- BOND, J. *Ageing in society: European perspectives on gerontology*. SAGE. 2007.
- BROMLEY, D. B. *Psychológia ľudského starnutia*. Bratislava: Smena, SÚV SZM, 1974.
- CALDWELL, J. C. *Demographic Transition Theory*. Springer. 2006.
- CALLANAN, M., KELLEY, P. *Poslední dary: jak porozumět zvláštnímu vnímání a potřebám umírajících*. Praha: Vyšehrad, 2005.
- ČELEDOVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3404-3.
- ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.
- Česká alzheimerovská společnost. *Na pomoc pečujícím rodinám*. Praha: ČALS, 2009. ISBN 978-80-86541-26-6.
- ČORNANIČOVÁ, R. Kvalita života v senu. In Sýkorová, D., Chytil, O. *Autonomie života ve stáří*. Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2004, s. 143–153. ISBN 80-7326-026-3.
- DE HENNEZEL, M. *Smrt zblízka. Umírající nás učí žít*. Praha: ETC Publishing, 1997.
- DRAGOMIRECKÁ, E. Prediktory kvality života ve vyšším věku. Disertační práce. Školitel doc. PhDr. Jan Srnec, CSc. Filozofická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, 2007.
- DUŠKOVÁ, B. Aktivizace ve stáří. In *Sestra*, roč. 14, č. 7 – 8, 2004.
- ELIAS, Norbert a Alena BLAHOVÁ. *O osamělosti umírajících v našich dnech*. Praha: Nakladatelství Franze Kafky, 1998.
- FARSKÝ, I., ŽIAKOVÁ, K., ONDREJKA, I., ČÁP, J. Zmysel života v senu. In Dušová, B., Jarošová, D., Vrublová, Y. (Eds). *Trendy v ošetrovatelství IV*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity, 2006, s. 65–69.
- FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta, 1996. ISBN 80-85319-50-0.
- GRUSS, Peter, ed. *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-605-6.
- GRÜN, A. *Umění stárnout*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2009. ISBN 978-80-7195-316-3.
- HABRCETLOVÁ, L. Sociální záležitosti. In Holmerová, I., Jurašková, B. a kol. *Průvodce vyšším věkem*. Praha: Mladá fronta, 2014, s. 177–197. ISBN 978-80-204-3119-6.
- HAMILTON, I. S. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999.
- HARTL, P. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-803-1.
- HENZLER, H. a L. SPÄTH. *Soužití generací. Proč nejsou staří lidé problémem, ale řešením*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2013. ISBN 978-80-7357-987-6.

- HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1989. ISBN 80-7038-158-2.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. Brno: IDVZ PZ, 2002. ISBN 80-7013-363-5.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Sociální gerontologie aneb seniori mezi námi*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.
- HAUKE, M. *Zvládání problémových situací se seniory*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5216-7.
- HLINOVSKÁ, J., POHLOVÁ, Z. Strategie péče o stárnoucí populaci. *Zdravotnické noviny* 4/2008, s. 14–15.
- HOLCZEROVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2013.
- HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: GEMA, 2002.
- HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., VAŇKOVÁ, H. Deprese ve stáří. *Lékařské listy*, 2007,12,56: 6–8.
- HOLMEROVÁ, I., VÁLKOVÁ, M. Zákon o dlouhodobé péči přinese systémovou změnu poskytování sociálních a zdravotnických služeb. *Sociální práce* 3/2011. ISSN 1213-6204.
- HOLMEROVÁ, I., VAŇKOVÁ, H., WIJA, P. a kol. Pohled na geriatrického pacienta, demence a některé další geriatrické syndromy. In Štěpánková, J. Höschl, C., Vidovičová, L. a kol. *Gerontologie*. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2628-4.
- HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B. a kol. *Průvodce vyšším věkem*. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3119-6.
- HOLMEROVÁ, I. Kvalita péče, lidskost a vstřícnost je v geriatrii klíčová. *Zdravotnictví a medicína* 9/2016, s. 43–45. ISSN2336-2987.
- HOVORKA, J. *Cesta do stáří*. Praha: Práce, 1980. ISBN 24-112-80.
- HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.
- CHÁB, M. *Svět bez ústavů*. Praha: Quip – společnost pro změnu, 2004.
- CHALOUPKOVÁ, J., ŠALAMOUNOVÁ, P. *Postoje k manželství, rodičovství a k rolím v rodině v České republice a v Evropě*. Sociologický ústav Akademie věd České republiky, 2004. ISBN 80-7330-062-1.
- JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. Praha: Portál 2001. ISBN 978-80-7367-269-0.
- JANEČKOVÁ, H. Sociální práce se starými lidmi. In Matoušek: *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005, s. 163–193. ISBN 80-7367-002-X.
- JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9.
- JANIŠ, K., SKOPALOVÁ, J. *Volný čas seniorů*. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5535-9.
- JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. Ostrava: ZSF OU v Ostravě, 2006.

- JEŘÁBEK, H. a kol. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Slon, 2013. ISBN 978-80-7419-117-6.
- JURAŠKOVÁ, B. Senior a zdraví. In Holmerová, I., Jurašková, B. a kol. *Průvodce vyšším věkem*. Praha: Mladá fronta, 2014, s.17–62. ISBN 978-80-204-3119-6.
- KABELKA, L., SLÁMA, O. Mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP). In *Zdravotnictví a medicína*, č. 5/2017; s. 4–5. ISSN2336-2987.
- KALVACH, Z. a kol. Úvod do gerontologie a geriatric: I. díl *Gerontologie obecná aplikovaná*. Praha: Univerzita Karlova – Nakladatelství Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-366-0.
- KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R. a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
- KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R. a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., HOLMEROVÁ, I. a kol. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.
- KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-455-5.
- KIRKWOOD, K. *Time of Our Lives: The Science of Human Aging*. Oxford University Press, USA. 2001.
- KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing a. s., 2008.
- KOZÁKOVÁ, Z., MÜLLER, O. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada, 2011. Psyche (Grada). ISBN 978-80-247-3604-4.
- MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2.
- KÜBLER-ROSS, E. *O smrti a umírání*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.
- KÜBLER-ROSS, E. *Hovory s umírajícími*. Nové Město nad Metují: Signum unitatis, 1992.
- KÜBLER-ROSS, E. *O dětech a smrti*. Praha: Ermat, 2003.
- KUZNÍKOVÁ, I. a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006.
- MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2008.
- MAŠKOVÁ, M. *Věková struktura populace, regionální rozdíly – jak pracovat s demografickou informací*. In *Postavení a diskriminace seniorů v ČR. Sborník z mezinárodní konference pořádané v rámci XI. Celo-státního gerontologického kongresu v Hradci Králové 25. 11. 2005*. MPSV Praha, 2006, s. 12–28. ISBN 80-86878-52-X.

- MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, H. Specifika diagnostiky a léčby ve stáří. In *Zdravotnictví a medicína. Postgraduální medicína*. 2/2016. IS-SN2336-2987.
- MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178549-0.
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Kvalita života ve stáří*, Praha: Hartpress, 2008.
- MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.
- MOŽNÝ, I. *Sociologie rodiny*. Praha: SLON, 2002. ISBN 80-86429-05-9.
- MOŽNÝ, I. *Rodina a společnost*. Praha: SLON, 2011. ISBN 978-80-86429-87-8.
- MÜLLEROVÁ, D. Výživa seniorů. In Holmerová, I., Jurašková, B. a kol. *Průvodce vyšším věkem*. Praha: Mladá fronta, 2014, s. 103–136. ISBN 978-80-204-3119-6.
- MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004.
- MÜHLPACHR, P., STANIČEK, P. *Geragogika pro speciální pedagogy*. Brno: Masarykova univerzita, 2001.
- NEČASOVÁ, M. *Úvod do filozofie a etiky v sociální práci*. Masarykovo Univerzita v Brně, Brno: Vydavatelství MÚ, 200.
- NEŠPOROVÁ, O., SVOBODOVÁ, K., VIDOVIČOVÁ, L. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. Praha: VÚPSV, 2008. ISBN 978-80-87007-96-9.
- NOVÁK, T. *Jak (pře)žít se stárnoucími rodiči*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4623-4.
- ONDRUŠOVÁ, J. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1997-2.
- ONDRUŠOVÁ, J., DRAGOMIRECKÁ, E. Smysl života a depresivita u českých seniorů. *Československá psychologie* 2012; 3: s. 193–205. ISSN 0009-062X.
- PACOVSKÝ, V. *Geriatry – Geriatrická diagnostika*. Praha: Scientia medica, 1994. ISBN 80-85526-32-8.
- PACOVSKÝ, V. *Proti věku není léku: Úvahy o stárnutí a stáří*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-486-.
- PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990.
- PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H. *Gerontologie*. Praha: Avicenum, 1981.
- PETŘKOVÁ, A., ČORNANIČOVÁ, R. *Gerontagogika: úvod do teorie a praxe edukace seniorů*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004.
- PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005.
- PAYNE, S., SEYMOUR, J. a Ch. INGLETON. *Paliativní péče: principy a praxe*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-25-1.
- PIDRMAN, V. *Demence*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5.
- PIDRMAN, V. *Deprese seniorů*. *Čes Ger Rev* 2005, 3(2): 45–52. ISSN 1214-0732.
- PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vydání. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.
- POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8.
- PŘIBYL, H. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, [2015]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.
- PŘÍHODA, V. *Ontogeneze lidské psychiky IV: Vývoj člověka v druhé polovině života*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1974.

- RABUŠIC, L. *Česká společnost stárne*. Brno: Masarykova Univerzita, 1995.
- RABUŠIC, L. *Česká společnost a senioři*. Brno: Masarykova univerzita, 1997.
- RABUŠIC, L. Senioři a jejich vzdělávání. In RABUŠICOVÁ, M., RABUŠIC, L. *Učíme se po celý život?: O vzdělávání dospělých v České republice*. Brno: Masarykova univerzita, 2008.
- RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, 1999.
- RILEY, M. W., AND RILEY, J. W. 1994. Age integration and lives of older people. *The Gerontologist*, 34(1): 100-115.
- ŘÍČAN, P. *Cesta životem: [vývojová psychologie]: přepracované vydání*. 3. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0772-6.
- RYCHTAŘÍKOVÁ, J. Perspektiva seniorů v České republice a ve vybraných ze-mích EU. *Demografie*, 2006, 48 (4): 252–256. Praha: ČSÚ. ISSN 0011-8265.
- RYŠÁNKOVÁ, J. Podpora pečujících v kontextu politiky a opatření MPSV. Mezinárodní konference Diakonie ČCE „Nástroje a možnosti podpory pečujících v ČR a zahraničí: teorie a praxe“. Praha: 25. 11. 2016.
- SAK, P., KOLESÁROVÁ, K. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3850-5.
- SKÁLOVÁ, A. Jak stárneme ve strategiích, městech a médiích. *Zdravotnictví a medicína*, 7/2013, s. 21. ISSN 2336-2987.
- SOKOL, J. Stárnutí a smrt. In JIRÁSKOVÁ, V., a kol. *Mezigenerační porozumění a komunikace*. Praha: Eurolex Bohemia, 2005.
- SKOPALOVÁ, J. Senioři na prahu třetího tisíciletí: (zaměření na znevýhodněný status starších žen). In SÝKOROVÁ, D., ŠIMEK, D., DVOŘÁKOVÁ, M. *ACTA UNIVERSITATIS PALACKIANAE OLOMUCENSIS FAKULTAS PHILOSOPHICA SOCIOLOGICA-ANDRAGOGICA 2005 : Třetí věk trojí optikou*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005.
- STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.
- STUDENT, J. Ch., MUHLUM, A. a U. STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jinočany: H&H Vyšehradská, s.r.o., 2006.
- SVOBODOVÁ, L. Kvalita života. In Šubrt, J. *Soudobá sociologie III. Diagnózy soudobých společností*. Praha: Karolinum, 2008: s.122–141. ISBN 978-80-246-1486-1.
- SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-86429-62-5.
- SÝKOROVÁ, D. Několik poznámek na téma vdovství: Ambivalentnost sociální podpory při ovdovění. In RYŠAVÝ, D. *ACTA UNIVERSITATIS PALACKIANAE OLOMUCENSIS FACULTAS PHILOSOPHICA SOCIOLOGICA-ANDRAGOGICA 2007*.
- SÝKOROVÁ, K. Syndrom EAN: Jeho koncepce: formy, rizikové faktory a sociální kontext problému týrání seniorů. In SÝKOROVÁ, D., ŠIMEK, D., DVOŘÁKOVÁ, M. *ACTA UNIVERSITATIS PALACKIANAE OLOMUCENSIS FAKULTAS PHILOSOPHICA SOCIOLOGICA-ANDRAGOGICA 2005: Třetí věk trojí optikou*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005.

- SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011.
- SVOBODOVÁ, K. Demografické stárnutí a jeho dopady http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=764
- ŠIKLOVÁ, J. *Vyhoštěná smrt*. Praha: Kalich, 2013. ISBN 978-80-7017-197-4.
- ŠPATENKOVÁ, N. *Krize. Psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 978-80-247-6187-9.
- ŠPATENKOVÁ, N. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada Publishing, 2004. 80-247-0586-9.
- ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5446-8.
- ŠTILEC, M. Aktivní přístup ke stáří. *Zdravotnictví a medicína. Pacientské listy*. 12/2010 s. 24–25. ISSN2336-2987.
- ŠTĚPÁNKOVÁ, H., C. HÖSCHL, L. VIDOVIČOVÁ a kolektiv. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2628-4.
- THELENOVÁ, K. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2010.
- TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. *Geriatric pro praktického lékaře*. Praha: Grada Publishing, a. s., 1995.
- TOPINKOVÁ, E. Dlouhověkost – hrozba nebo triumf? *Zdravotnické noviny*, 2003, 52(12): 50–52. ISSN 0044–1996.
- TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. *Geriatric pro praktického lékaře*. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-099-6-
- TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.
- TOŠNEROVÁ, T. *Ageismus: Průvodce stereotypy a mýty o stáří*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti: Ústav lékařské etiky 3. LF UK a FNKV Praha, 2002. ISBN 80-238-9506-0.
- TOŠNEROVÁ, T. *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 3. LF UK v Praze, 2002. ISBN 80-238-9505-2.
- TROEN, B. The Biology of Ageing. In *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 2003, 70, p. 3 – 22.
- TVAROH, F. *Všichni stárneme*. Praha: Avicenum, 1983.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
- VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing, 2007.
- VIDOVIČOVÁ, L., RABUŠIC, L. *Věková diskriminace - ageismus: úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh*. VÚPSV Praha: Brno, 2005. ISBN 80-239-4645-5.
- VIDOVIČOVÁ, L., RABUŠIC, L. *Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti: zpráva z empirického výzkumu*. VÚPSV Brno, 2003.
- VIDOVIČOVÁ, L. Stárnutí ve městě. In *Konference Aktivní zdravé stárnutí v ČR: od strategií k praxi*. MZ ČR. Praha: 22. 3. 2013.

- VIDOVIČOVÁ, L. Aktivní stárnutí a volnýčas aneb jak pěstovat kulturu ve stáří. In Holmerová, I., Jurašková, B. a kol. *Průvodce vyšším věkem*. Praha: Mladá fronta, 2014, s. 153–176. ISBN 978-80-204-3119-6.
- VIEWEGH, J. *Psychologie stárnutí*. Brno: IDVPZ, 1974.
- VOHRALÍKOVÁ, L., RABUŠIC, L. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. Praha: Výzkumný ústav práce asociálních věcí, 2004.
- VIRT, G. *Žít až do konce*. Praha: Vyšehrad, 2000.
- VOHRALÍKOVÁ, L., RABUŠIC, L. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. Brno: VÚPSV Výzkumné centrum Brno, 2004.
- VOSTROVSKÁ, H. *Sociálně aktivizační programy pro klienty pečovatelské služby*. Praha: Státní zdravotní ústav, 1998.
- WITTMANNOVÁ, Julie. *Aktivní v každém věku: Pracovní seminář odborníků v oblasti pohybových aktivit seniorů: Sborník textů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007.
- WAIT, S. Odstranění diskriminace na základě věku – prosazování rovnosti různých věkových skupin při poskytování zdravotní péče. In *Postavení a diskriminace seniorů v ČR*. Sborník z mezinárodní konference pořádané v rámci XI. Celostátního gerontologického kongresu v Hradci Králové 25. 11. 2005. Praha: MPSV, 2006, s. 85-95. ISBN80-86878-52-X.
- WIJA, P. Příprava na stárnutí v České republice. *Demografie* 2006, Praha: ČSÚ, 2006, 4: 269–273. ISSN 0011-8265.
- WOLF, Josef. *Umění žít a stárnout*. Praha: Svoboda, 1982.
- ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0326-8.
- ZAVÁZALOVÁ, H., ZAREMBA, V., ZIKMUNDOVÁ, K. Terénní, zdravotnické a sociální služby pro seniory. In Kalvach Z., Zadák Z., Jirák R. a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2004, s. 467–473. ISBN 80-247-0548-6.
- ZAIDI, A. *Well-being of Older People in Ageing Societies*. Vienna: European center, 2008.
- ŽUMÁROVÁ, M., BALOGOVÁ, B. *Medzigeneračné mosty*. Košice: MENTA MEDIA, 2009. ISBN 978-80-89392-08-7.

Elektronické zdroje

- Ageismus. [online] 2017 [cit. 2017–02–22]. Dostupné z: <http://www.a-geismus.cz/>
- Akční plány pro implementaci Národní strategie Zdraví 2020. [online] 2010 [cit. 2017–04–02]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Verej-ne/dokumenty/akcni-plany-pro-implementaci-narodni-strategie-zdravi-2020_10814_3016_5.html
- Aktivní stárnutí*. [online] 2017 [cit. 2017–09–30]. Dostupné z: <http://www.framprojekt.eu/aktivni-starnuti>
- Bezpečí pro seniory*. [online] 2017 [cit. 2017–09–01]. Dostupné z: <http://bezpeciproseniory.cz/>
- BYDŽOVSKÝ, J., KABÁT, J. a kol. *Ošetrovatelství asociální práce v paliativní péči*. [online] Zdravotní ústav Most k domovu, 2015. ISBN 978-80-905867-1-0. [cit. 2017–09–10].

Dostupné z: http://files.-mostkdomovu.cz/2000006768e2158f1b4/Osetrovatelstvi_a_sociální_prace_v_paliativní_pecí_v_1.pdf

Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/>

Český statistický úřad.[online] 2017. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori>
Čeští seniori včera, dnes a zítra [online]. Brno: Výzkumné centrum Brno, 2004. Dostupné z: https://docplayer.cz/4970122-Cesti-seniori-vcera-dnes-a-zitra-lenka-vohralikova-ladislav-rabusic.html#show_full_text

Dlouhodobá péče – pojem známý, nebo neznámý? [online] 2010. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9860>

Evropský rok aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity (2012) v České republice. [online]poslední aktualizace 27. 9. 2017. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/11696>

KUBALČÍKOVÁ, K. a kol. *Sociální práce se seniory v kontextu kritické gerontologie*. [online] Brno: Masarykova univerzita, 2015. ISBN 978-80-210-7865-9. Dostupné z: http://is.mu-ni.cz/do/fss/kspsp/knihy_esf/Kubalcikova-e-kniha.pdf

KUCHAŘOVÁ, V., RABUŠIC, L., EHRENBERGOVÁ, L. *Život ve stáří. Zpráva o výsledcích empirického šetření*. [online] Praha: VÚPS, 2002. Dostupné z: <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/zivest.pdf>

MÁTĽ, O., MÁTĽOVÁ, M., HOLMEROVÁ, I. *Zpráva o stavu demence 2016*. [online] Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2016. ISBN 978-80-86541-50-1. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/archive/004/000480.pdf?seek=1492589048>

Město přátelské seniorům. [online] 2017. Dostupné z: <https://www.mestoseniorum.cz/>
Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období 2013 až2017.[online] 2014 [cit. 2017–09–30]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/21725>

Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří).[online] 2008. Dostupné z:<http://www.mpsv.cz/cs/5045>

Spolu až do konce. [online] 2017. Dostupné z: <http://nadacnifond.avast.cz/spolu-az-do-konce>

ONDRUŠOVÁ, J. *Sociální gerontologie a geriatrie*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1997-2. Dostupné z: <https://htf.cuni.cz/HTF-103-version1-gerontologie7.pdf>

Statistická ročenka České republiky – 2016.[online]2016. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/4-obyvatelstvo-b7w74kpt5l>

TUČEK, M. a kol. *Česká rodina v transformaci – Stratifikace, dělba rolí a hodnotové orientace*[online] 1998. Dostupné z: http://studie.soc.cas.cz/upl/texty/files/152_98-3wptext.pdf

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, v platném znění

Název: **Sociologie stáří a sociální gerontologie**

Autor: **Jména autorů každé na nový řádek včetně titulů**

Vydavatel: Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik v Opavě

Určeno: studentům SU FVP Opava

Počet stran: 125

Tato publikace neprošla jazykovou úpravou.